HARVARD COLLEGE
MAR 31 1934
LIBRARY

Med. Sch.

The Publishers

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL

DIRECTOR

Dr. Luis Méndez

(Director del Hospital General)

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
10 MAY 1934

CUERPO DE REDACCION

DOCTORES:

JEFES DE SERVICIO

Amor E. Rosendo.
Andrade Cayetano.
Andrade Juan N.
Argil Gustavo.
Ayala González Abraham.
Camacho Humberto.
Campos Luis G.
Castillejos Manuel J.
Cosío Gonzalo.
Cosío Villegas Ismael.
Chávez Ignacio.
De los Ríos Arturo.
Farile Juan.
Fernández Darío.
G. Somonte Mariano.
Gómez Antonio.
González Guzmán Ignacio.
González H. Salvador.
González Méndez Julián.
Gayol Rodolfo.
Guadarrama Leonides.
Longoria Emilio.
Martínez Báez Manuel.
Mendizábal Pablo.
Millán Ignacio.
Monges López Abelardo.
Mora Juan.
Ortiz Manuel.
Quiroz Fernando.
Rojina Ricardo.
Salas Gregorio.
Sousa y Abarca Alfonso.
Torroella Juan Luis.
Troconis A. Germán.
Ugalde Amador G.
Ulrich Ernesto.
Vázquez Mariano.
Vasavilbaso Juan N.
Verges Alejandro.
Villanueva Aquilino.
Vignon Eduardo.
Villela Enrique.

INTERNOS

Alvarado Salvador.
Ayala González Rodolfo.
Barrueta Pablo.
Bandala Octavio.
Bustos Armando.
Correa Joaquín.
De Hoyos Darío.
Fuertes Angel.
Flores Benito.
Fonseca Francisco.
García Noriega José.
Lezama Manuel.
Longoria Javier.
Ortiz Eliseo.
Pesqueira Manuel.
Zenteno Genaro.

ADJUNTOS

Aceves Salvador.
Aguilar Rigoberto.
Alfaro Roberto.
Betancourt Alejandro.
Carrillo y Cárdenas Clemente.
Cano J. Trinidad.
Castañeda Manuel.
Castillejos Joaquín.
Coqui Carlos.
De Noriega Enrique.
De Quevedo Angel G.
Díaz Pérez Juan.
Flores Ramón.
Fuentes Mario.
García R. Wistano.
Gamboa Roberto.
González Guzmán José María.
Graham César.
Guinea Julián.
Guadalajara Alfonso.
Guevara Alejandro.
Guevara José A.
Guevara Rojas Alberto.
Huerta Luciano.
Kirchner Ricardo.
Lara Rivas Arturo.
Manzanilla Manuel A.
Medina Fernando.
Pavía Lázaro.
Puig Magín.
Quiñones Mario.
Ramiro Moreno Abel.
Ricalde y G. Rubén.
Rivas Eduardo.
Tapia Ricardo.
Torres M. Carlos.
Vaquero Manuel.
Vaquero Luis.
Véjar L. Carlos.
Verti Ignacio.
Vergara Lino.
Vergara Alfonso.

Diciembre de 1933

AÑO VIII

No. 52

FARMAMEX

PRODUCTOS FARMACEUTICOS, S. A.

Luis Moya Núm 24 — Apartado 1257

MEXICO, D. F.

BOLUS

"Merck"

esterilizado

Excelente preparado para la terapéutica absorbente en las afecciones intestinales

sencillo y barato

activo e inocuo

TEACILON M.R.

EL DIURETICO

que produce efecto más rápido, activo y persistente entre las combinaciones y derivados de la teobromina hasta ahora conocidos

YODIPINA M.R.

Medicación Yódica

para el tratamiento profiláctico y terapéutico de la

ARTERIOESCLEROSIS

Acción constante y uniforme, excelente tolerancia y carencia de Yodismo.

E. MERCK DARMSTADT

Merck-México S. A.

México D. F. Apartado 2669.

No. 8772 D. S. P. No. 10748 D. S. P. No. 915 D. S. P. Úsese por prescripción médica.

En los casos de dificultad de conciliar el sueño, despertar prematuro y sueño poco profundo tan comunes en las personas nerviosas y deprimidas, nada más indicado que el

EVIPAN M. R.

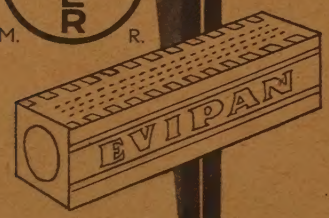
(N-Metilciclohexenilmetilmalonilurea)

Hipnótico ideal de acción segura y fácil eliminación

Después de pocas horas, cesa la acción del Evipán y el sueño medicamentoso se transforma en un fisiológico.

Por eso se puede tomar el Evipán todavía a las altas horas de la noche o al amanecer, pues no deja sensación de cansancio o aturdimiento.

BAYER M. R.



Empleo: 1 a 2 tabletas en medio vaso de agua o alguna bebida caliente, antes de acostarse.

ENVASE ORIGINAL: Tubito de 10 tabletas de 0,25 g.

Rgdo. No. 10406 D. S. P.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

LA QUIMICA INDUSTRIAL **Bayer - Meister Lucius**

WESKOTT & CIA.

San Juan de Letrán 24 Apdo. 45 bis.

MEXICO, D. F.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

Registrada como artículo de 2a. clase, con fecha 26 de diciembre de 1930.

DIRECTORIO

DIRECTOR

DR. LUIS MENDEZ

(Director del Hospital General)

M. LEON DIAZ

Administrador.

Apartado 85.

Eric. 9-13-99. Mex. L 02-92.

Hospital General.

MEXICO, D. F.

PRECIO DE SUBSCRIPCIONES:

Para el interior de lo República, Estados Unidos, Islas Filipinas, Cuba, Canadá, España y América en general:

Por un año . . . . . $ 10.00

Para los demás países de la Unión Postal Universal:

Por un año . . . . . $ 20.00
Números sueltos 1.00
Números atrasados 1.50

Nuestros precios para el extranjero son en dólares o su equivalente en Moneda Nacional.

Se acepta coloboración, pero en ningún caso se devolverán originales. Toda correspondencia relacionada, con la Redacción de este periódico, debe dirigirse al Director.

Para cambio o suspensión de anuncio, o de subscripciones, debe darse aviso por escrito a la Administración.

Correspondencia sobre anuncios y subscripciones diríjase al Administrador.

SUMARIO:

Pág.

Gatsón Melo.—In Memorian. 1803

Una Reforma Hospitalaria, por Ignacio Millán, M. C. . 1804

Síndrome Cardio-Hepato-Renal Agudo de Origen Diftérico o Síndrome Secundario de la Difteria Maligna de Marfan, por el Dr. Salvador García Téllez. 1815

Algunas Consideraciones sobre el Tratamiento de la Tuberculosis Infantil, por el Dr. I. Donis M. 1826

El Popular Equipo "A Prueba de Choques" MODELO "D" PARA RAYOS X

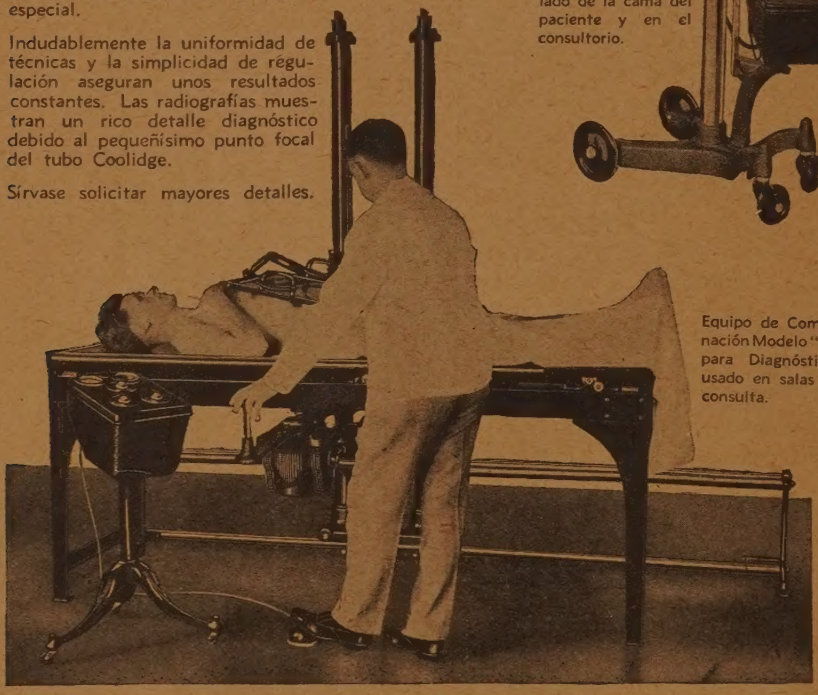
Se ofrece ahora en combinación con una Mesa Radiográfica y Fluoroscópica.

EL notable éxito alcanzado por el Equipo Shock-Proof Modelo "D" ha dado lugar a una gran demanda por el Equipo de Combinación aquí presentado. En este caso el aparato Modelo D "A Prueba de Choques" se ha combinado con una mesa de diagnóstico que incluye un Diafragma Potter-Bucky. También se ha hecho el arreglo necesario para poder hacer fluoroscopia tanto en el plano horizontal como en el vertical. Esta nueva combinación también tiene todas las ventajas del Equipo Modelo "D", y entre otras cosas se le ha dotado de la adaptabilidad y campo de operación que ha sido posible en unión con una mesa de diseño especial.

Indudablemente la uniformidad de técnicas y la simplicidad de regulación aseguran unos resultados constantes. Las radiografías muestran un rico detalle diagnóstico debido al pequeñísimo punto focal del tubo Coolidge.

Sírvase solicitar mayores detalles.

Equipo Shock-Proof Movible Modelo "D" para radiografía al lado de la cama del paciente y en el consultorio.



Equipo de Combinación Modelo "D" para Diagnóstico, usado en salas de consulta.

Muy eficiente—adaptable—práctico—de fácil manipulación—y a prueba de choques

E-68-S

GENERAL ELECTRIC
SOCIEDAD ANONIMA
Distribuidores Exclusivos para la República Mexicana
Gante y 16 de Septiembre—México, D. F.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
2012 Jackson Boulevard Chicago, Ill., E. U. de A.

ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION

GASTON MELO

IN MEMORIAM

El hombre, en efecto, no se aviene a ignorar los móviles de su conducta propia.....

UNAMUNO.—El Sentimiento Trágico de la vida.

Knowledge comes, but wisdom lingers, and he
(bears a landen breast
Full of sad experience, moving toward the still-
(ness of his rest.

TENNYSON.—Locksley Hall.

JUSTO es que, siquiera esta postrera vez, ante la inquina reciente del Destino, consideremos la actuación del amigo desde un punto de vista que no pretenda analizar su obra indiscutible de maestro, de reformador de la enseñanza, de hombre público, sino tratando de enfocar su personalidad de hombre.

En estos breves renglones que escojo como epígrafe, puede sintetizarse lo que fué la vida espiritual del que acabamos de perder: una vida honda y constantemente preocupada de justificar los móviles de su conducta; temeroso de lo fortuito, que siempre está rebotando al borde de nuestro sendero; ansioso de poseer la esencia de la justicia, aunque fuera un solo instante. En este incansable esfuerzo para evadirse del Destino, le llegó el conocimiento y le llegó insensiblemente la sabiduría, aunque la convicción de la humana pequeñez, engañándolo, no le dejó abrir los ojos al rayo de luz que vislumbró Goethe, sino hasta muy poco antes de alcanzar la quietud de su reposo.

Luchó así toda la vida, oscilando como todo espíritu superior, entre los débiles indicios del razonamiento y la fuerte conminación del más estricto código moral, entre estos dos polos de la conducta humana que no son ya los primarios del bien y del mal. Adquirió por eso la recóndita aspereza y el inaparente estoicismo del que sabe que esta duda no se resolverá sino más allá de la muerte. Empero, no detuvo por ello nunca la marcha y siguió su vía, en alto la antorcha que ha quedado, falta del puño que la llevó 44 años, como por milagro suspendida en la tenue claridad de la orilla del Leteo.

LUIS A. MENDEZ.

Una Reforma Hospitalaria

Por IGNACIO MILLAN M. C.

ES un hecho, por demás común y frecuente en nuestro país el lamentarse siempre de la "falta de elementos" para realizar grandes empresas, y cada vez que se invoca el progreso y adelantos científicos de otros países, los sentimientos de inferioridad que aquellas comparaciones nos producen, son prontamente compensados con aquella disculpa. Muchas voluntades, y el poder mágico pe, ro inédito de muchos "genios ignorados" se hicieron polvo inerte e impalpable debido a esta manoseada excusa de que jamás tuvieron oportunidades ni elementos para desarrollar sus talentos... Sin embargo, es un hecho notorio el que los pueblos que se ostentan a la vanguardia de la civilización se caracterizan por haber poseído siempre virtud esencial: la voluntad para la acción. Y ha sido sobre esta virtud primaria que han elevado sus cimientos de engrandecimiento y progreso. Es muy doloroso perder "genios" en un pueblo que vive la modorra que produce estar en Jauja, cuando la vida afuera de su actitud contemplativa ruge como un río torrencial, ofreciendo un material vivo, en bruto, primario, que sólo espera la voz de mando de la voluntad y de la acción para transformarse en riqueza, poder, inteligencia y ciencia.

Las obras materiales recientemente llevadas a cabo en el Hospital General, no importa lo modestas ni los fines a que se destinen, constituyen una gran voz de esfuerzo creador, un grito de estímulo en medio de un desierto donde la voz "falta de elementos" es ya un himno de la pereza, de la ociosidad, o de la crítica estéril e infecunda de los impotentes. Significa además, un triunfo de la voluntad y de la inteligencia contra las fuerzas esterilizantes que prevalecen en el país, sean ellas la mala administración de la riqueza pública, o simplemente la falta de honestidad o de talento para hacer un buen uso de ella. Significa también, y esto es lo más importante, la adquisición de una oportunidad para poner un buen remedio (aunque no único) a una grave dolencia espiritual que padece la nación: la falta de una disciplina vital, biológica y social. Esta falta de disciplina se revela en todos nuestros sistemas estructurales de la vida colectiva. Constituye el carácter esencial de nuestros intentos al reunir los esfuerzos de una clase profesional en forma institucional que después de tantear en el vacío, fracasa o se degenera en fracciones. Es el símbolo de nuestra falta de unión y de comunión de principios éticos, sociales y políticos, dándonos un carácter nacional de provisionalidad perpetua, y haciéndonos aparecer en una actitud de estar siempre comenzando una empresa nueva, llevándonos a redescubrir la pólvora a cada paso, cuando otros países nos inundan o indigestan con los productos y adelantos de sus industrias y su ciencia. Y todo este desintegrante cúmulo de factores peculiares del carácter nuestro, constituye el núcleo del putrefacto estribillo nacional: México es el país más grande, rico y maravilloso del mundo...

Ello se refleja con mayor perjuicio y de una manera más lamentable, en nuestra vida científica. Estamos injertados en las civilizaciones y culturas de todos los países, SIN SABERLO, y cuando nos apresuramos a crear una disciplina provisional para usufructuar aquellas civilizaciones, nos percibimos de que no poseemos ninguna propia y autóctona, si no es la aborigen, la nativa cultura, ingenua y pura en substancia, pero que es usada tanto como instrumento político de los partidos en el

poder, como por un medio de "turismo", de explotación vil comercial, donde el arte y la tradición apenas brillan para pretextar una justificación del instinto de avaricia de los mercaderes internacionales del turismo. Dada esta peculiar idiosincrasia nuestra, la erección de una obra material más, se destaca como un problema nuevo: si no poseemos las raíces ideológicas profundamente implantadas en un sentido nacional vasto y maduro, el esfuerzo de aquellos que usan inteligentemente su genio e influencia habrá de caracterizarse siempre por su falta de integralidad, por su fructificación pulsátil y espasmódica, que no se suma a una obra uniforme, amplia, concreta e integrante de un plan extenso y único, sino que se produce esporádicamente, aislada e individualmente, como resultado de un esfuerzo de titanes solitarios, que trabajan por y para grupos, células dispersas de "genios" centrales, que en vez de sumar sus energías a una obra común, se dedican a crear SU obra personal. México, así, es un país lleno de genios que se odian y repudian recíprocamente.

II

Decimos anteriormente que las obras recientes efectuadas en nuestro centro hospitalario máximo constituyen un nuevo problema, o, mejor dicho, provocan la oportunidad para discutir un problema antiguo en el mundo hospitalario nuestro: el de la organización.

Las funciones esenciales de todo Hospital moderno son las siguientes: CURAR, ENSEÑAR, INVESTIGAR. Nuestros hospitales se caracterizan todavía en la actualidad, por la forma anticuada, desordenada, carente de unidad y de finalidades precisas en su organización. Desde los tiempos más remotos de su fundación, los hospitales de México estuvieron interdependientes de numerosas instituciones oficiales, según la naturaleza de las funciones y subvenciones de cada oficina para con el hospital: Policía, Registro Civil, Juzgados, presidencias municipales (cuando las había), instituciones de salubridad, centros de sanidad, centros de beneficencia (pública o privada), y finalmente, centros de enseñanza profesional. Con estas complicadas conexiones, y tomando en cuenta que cada institución que mantenía lazos funcionales, políticos, jurídicos, sociales o educacionales con el Hospital, reclamaba cierta autoridad y hegemonía, según la naturaleza de sus actividades, las finalidades hospitalarias y la eficiente fructificación de las mismas sufría una desviación casi total, al grado de que las funciones substanciales del hospital se reducían simplemente a curar de la mejor manera posible, y eso siempre dentro de la continua desventura producida por una absoluta falta de coordinación y unidad de funciones. Hasta hace algunos años, la anarquía funcional administrativa que prevalecía en nuestros hospitales se atenuó algo, buscándose una forma más adecuada y moderna de organización. Se confirieron a los directores médicos, suficientes facultades para orientar científicamente dichas instituciones; se buscó una simplificación del funcionamiento oficial del hospital en sus relaciones para con otras oficinas, y se realizó un mayor acercamiento con los centros de enseñanza.

Sin embargo del grado avanzado en que se encuentran al presente nuestros hospitales, y a despecho del esfuerzo continuo de los que los han dirigido, existen todavía muchos y muy graves defectos de organización que es indispensable corregir, si se desea que los esfuerzos materiales llevados a cabo por las autoridades superiores no vayan simplemente a acumularse entre tantas obras materiales realizadas por gobernantes, sin sentido de fines y de métodos, y que se ven por doquier, inconcluidas unas o arruinadas las otras antes de haberse usado bien.

Analicemos de carrera cada una de las funciones encomendadas a un Hospital moderno, y busquemos su interpretación en los nuestros.

CURAR.—Nuestros hospitales están hechos para curar, como función inmediata y más urgente. La forma, sistemas y eficiencias de tal función, pueden apreciarse con sólo observar la clase de enfermos y el estado de sus males cuando se internan al Hospital. Hasta hace muy pocos años, y aun en la actualidad, se escuchaba la voz popular de que "Ir al hospital es ir a la muerte segura y al anfiteatro de disecciones de la Escuela de Medicina." La labor de muchísimos años de cari-

tativa ayuda para los enfermos indigentes, no pudo llevar a la conciencia pública sino esa actitud de desconfianza, temor, casi terror con que los enfermos consideraban la posibilidad de ir al hospital. Se juzgaba, y aun se juzga todavía, que cuando un enfermo era llevado al Hospital, era porque había llegado su último momento, y que el Hospital no era sino un centro para moribundos y de práctica para los estudiantes y doctores. Los responsables por tan tremenda reputación, no fueron otros que los sistemas medioevales usados antiguamente, tanto para curar enfermos, como para aprovecharse de ellos para la enseñanza, y la persistencia de métodos inconvenientes de propaganda hospitalaria.

Los últimos años, las cosas han cambiado completamente. Aunque muchos indigentes acuden todavía al hospital, impulsados por el estado de gravedad extrema en que se encuentran, confirmando con su muerte la fatídica leyenda de que se "va al hospital a morir", muchos otros enfermos acuden a tiempo de recibir atenciones convenientes.

A.—El deber del Estado, de proporcionar medios gratuitos de restablecer la salud, creando hospitales o centros de tratamientos, implica un deber todavía más complejo y delicado, aunque ya no de parte del Estado, sino de aquellos que han sido llamados por el Estado a ejecutar las funciones de tratamiento. Nos referimos al deber de educar al público no sólo desde el punto de vista higiénico y de prevención de enfermedades, sino desde el no menos importante, y que se refiere al uso de los hospitales. Durante muchos años ha existido la fantástica leyenda de la "muerte de hospital", debido a la ignorancia en que se ha mantenido al público respecto de los hospitales. También, mucho ha contribuído para ello la incultura general de la clase profesional médica, que por muchos años mantuvo un ambiente de fantasía y misterio alrededor de la medicina. Nada hay más simple y claro que la aplicación de las conquistas de la ciencia médica, y sin embargo, el aspecto misterioso que algunos médicos adoptan aprovechándose de la ignorancia y superstición de algunos enfermos, perpetúa y alimenta la superchería y el obscurantismo.

Es un deber de todo hospital educar al público en la forma de acercarse y usar de las ventajas del mismo. Para ello, es indispensable y urgente racionalizar la forma en que todo conocimiento e información que interese al hospital, deba ser conducido al público. El público inteligente es muy posible que se haga estas preguntas o las haga a su médico: ¿cuántas camas tine el Hospital X? ¿Cuántos enfermos existen en realidad? ¿Cómo se cura en dicho hospital a tal enfermedad? ¿El servicio médico prestado en el hospital, por reputados doctores es tan eficiente y científico como el que éstos prestan en sus clínicas privadas? ¿Se cuentan con elementos indispensables, modernos y con personal eficiente?, etc., etc. En la conciencia pública existen estos pequeños problemas antes de resolverse a acudir a un Hospital. Esas inquietas y ansiosas preguntas no son jamás contestadas de una manera segura y honesta, confiable y verídica. No existe una fuente oficial dedicada a dar esa información y existe una actitud de ignorancia de medios para informar al público, de lo que le interesa a éste saber respecto de los hospitales. De allí que los indiferentes que llegan a nuestros hospitales por primera vez, vayan en una actitud de un condenado a muerte por jueces inexorables e inhumanos.

La falta de información conveniente y verídica al público, respecto de nuestros hospitales, constituye pues, el primer estorbo para el buen éxito de su función primordial. Ello obliga la aplicación de un remedio conveniente y científico, y cuyas finalidades deben enfocarse a informar al público de los prestigiosos elementos que un hospital posee, y a corregir a través de esa información educativa, el estado de ignorancia y superstición que existe de parte del público para con la medicina. Indirectamente, ello constituye un medio de combatir el charlatanismo.

B.—En seguida consideraremos la técnica administrativa de la cura en sí, ya dentro del proceso funcional de esta responsabilidad hospitalaria. Sin tomar en consideración, (por ser innecesario), los métodos de curar empleados por nuestros hospitales, un primer problema con que todo hospital se enfrenta y que constituye el más arduo y difícil de todos los problemas en cada hospital, es la provi-

sión de medicamentos. Mientras la terapéutica progresa industrialmente a pasos de gigante, la farmacopea hospitalaria permanece en un mundo conservador y antiguo, debido a la falta de medios de provisión. No pedimos para los hospitales un recetario a base de medicinas de patente. Tampoco reclamamos una farmacia y droguería repletas de productos como puede estarlo un centro comercial en la ciudad. Pero sí es indispensable mantener una farmacia bien surtida. No pára allí todo. En materia de farmacología, nuestros hospitales se caracterizan por la pintoresca anarquía que prevalece en ellos. Cada servicio o departamento posee su farmacopea propia, cada médico usa sus propias fórmulas familiares, y mientras que un enfermo de piel, por ejemplo, es curado con ciertas pomadas en un departamento, en otro, o quizás en el mismo pabellón, pero por otro médico, se usarán soluciones en otras pomadas, y eucharadas. Seguro es que ambos casos pueden ser diferentes y requerir tratamientos distintos, pero es innegable que desde el punto de vista galénico, y farmacológico, una uniformidad científica, una unificación bien coordinada, podrían ahorrar tiempo y dinero, energías y discusiones, beneficiando así al enfermo y a la institución vuelta. En todo hospital moderno debiera usarse un formulario o farmacopea privados, que contuviese una clase determinada de medicamentos usuales, de fórmulas cuyo uso práctico diario imponen una estandarización útil y económica para el hospital. Ello no excluiría que en casos especiales se recurriese a fórmulas distintas, a preparaciones de uso inmediato, etc. Ello no excluiría tampoco la preparación y uso de sueros, vacunas, etc. Se buscaría sólo una disciplina y la adquisición de la necesaria uniformidad terapéutica que debe ostentar todo hospital como evidencia de su disciplina científica. Consiguientemente, toda farmacia debiera estar atendida por farmacéuticos y químicos, familiarizados con los problemas biológicos de la terapéutica moderna, y dotados de cuantos elementos les fuesen necesarios para la preparación científica de los productos que se les encomienden.

C.—Los métodos clínicos empleados adolecen también de idéntico carácter variado. La clínica interna y la externa sufren, como en todas partes, la influencia personal de quienes la practican. Ello no sólo es excusable, sino necesario y benéfico, ya que de la diversidad de experiencias dependen las conquistas científicas. Sin embargo, nos vamos a referir aquí a un solo problema que en nuestra opinión es el más grave y trascendental de todos los problemas científicos que existen en nuestros hospitales: nos referimos al registro clínico de los casos que acuden a ellos. La historia clínica, tal como debiera llevarse, tal como la exigen los requisitos científicos del estudio de la patología, es todavía un suceso extraordinario en nuestros hospitales. En general se escriben historias clínicas en las siguientes circunstancias:

1a.: O bien para cumplir un requisito reglamentario de la Escuela de Medicina, impuesto como una obligación para tener derecho a examen clínico, o:

2a.: Porque se desea publicar un caso científico "porque es muy interesante" o simplemente, poque ello es un motivo para escribir algún artículo "científico".

Si aquellas circunstancias no concurren, la inmensa mayoría de los casos internados en nuestros hospitales son perdidos a la estadística, esa aliada formidable de la ciencia. Esto no niega que ya existen numerosos servicios que llevan un riguroso registro de casos: Nos referimos a los servicios de especialidad de Electrocardiología, Urología, Gastro-enterología, Otorinolaringología. Lamentamos no saber de otros en este momento, pero de seguro existen ya muchos otros servicios, tanto en el Hospital General como en el Juárez y otros hospitales, donde existe ya el mismo movimiento de aprovechar todos los casos, estableciendo sistemáticamente dicha práctica. El suscrito ha tratado de implantarla en su servicio de Cancerología, para lo cual ya se ha nombrado una comisión que estudie la organización de una Clínica de los Tumores o de Cancerología montada (no por sus elementos materiales, sino por su sistema de organización y trabajo), sobre las bases científicas más estrictas posibles.

La falta de registro clínico de los enfermos de un Hospital, es equivalente a la carencia de una fe de nacimiento o de pasapor-

del mismo. No se concreta simplemente a tomar las generales civiles del enfermo, domicilio, estado civil, sexo, etc., (labores desempeñadas rutinariamente sin otro sentido que el policíaco), sino que busca más allá: situación social, económica y quizás, profesional, del individuo. Todavía más, en casos psiquiátricos, la historia social del individuo es de tanta o quizás hasta de mayor importancia que las notas clínicas evidentes de éste y pueden muchas veces conducir a un mejor diagnóstico social, jurídico y médico del mismo. En fin, el servicio social puede cooperar con el medico no sólo para beneficio del enfermo, medicamente, sino en beneficio del propio Estado, por significar una enorme economía, sobradamente compensada con el sostenimiento de una institución tan esencial y necesaria.

ENSEÑAR.—La incorporación de la Escuela al Hospital o de éste a aquélla, ha sido una necesidad reconocida desde hace muchos años por las universidades o por las facultades de medicina. Es ilógico suponer que una escuela de Medicina pueda enseñar eficiente y científicamente la carrera médica sin contar con hospitales que dependan directa o indirectamente de ella. En todos los países modernos dicha incorporación ha tenido lugar desde hace mucho. Ultimamente Francia, último reducto conservador de las prácticas medioevales en esta materia; acaba de decidirse a efectuar una reforma educacional radical de la medicina, al incorporar la facultad con el hospital. América del Norte es el ejemplo que han seguido todos los países que han buscado la modernización de su enseñanza médica.

Sólo nuestro país continúa adherido a prácticas anticuadas de enseñanza de la medicina por una sola razón: porque hasta hoy, la Facultad y el Hospital no sólo han sido instituciones distintas e independientes, sino, en muchos casos, antagónicas por su administración. Los planes de estudio de la facultad han sido trazados para satisfacer un espíritu extremadamente didáctico y teórico, en el que predomina una acumulación innecesaria de material doctrinario. La Facultad, institución solitaria y desconectada del Hospital, se ha visto forzada a hacerlo así. Además, y esto es lo más grave, las actividades didácticas de la Facultad han tenido que planearse y ejecutarse como si fuesen a satisfacer necesidades académicas, doctrinales y teóricas, desconectadas del trabajo hospitalario, y sin una intercompenetración de ambas instituciones. Es preciso apresurarnos a declarar que la desconexión funcional entre la Facultad y el Hospital NO se ha debido a un espíritu retardatario de sus directivos escolares. Al contrario, es digno de elogios la actitud de los últimos directores de la Facultad. Ocaranza, el precursor, hombre de raro y dinámico talento, orientador hacia las rutas nuevas de la experimentación fisiológica y gran maestro inspirador de disciplinas científicas a los que fuimos sus discípulos. Y Chávez, gran talento en continua expansión floreciente. Ambos serán las columnas seguras de la reforma de la enseñanza médica en México, pero sus esfuerzos y energías no han podido todavía concretarse por razones administrativas. Mientras el Hospital sea una institución técnicamente desconectada e independiente de la Escuela, no podrá realizarse la modernización de la enseñanza médica. Ahora bien, la asociación que anhelamos entre la Escuela y el Hospital, (entre la Universidad y la Beneficencia Pública), es materia sencilla, factible y sin complicaciones burocráticas ni presupuestales. Todavía más: nos atrevemos a declarar que dicha asociación, además de favorecer una reforma hospitalaria y educativa, puede constituir hasta un medio de economías. Para demostrar lo anterior, analicemos ligeramente el estado actual de ambas situaciones: organización hospitalaria y enseñanza médica. (Nos referimos al H. Gral.)

En la forma actual, existen los siguientes trabajadores científicos en el H. Gral.:

A.—Jefes de Servicio, (8 servicios); B.—Medio internos; C.—Médicos adjuntos; D.—Practicantes numerarios; E.—Practicantes adjuntos. No incluímos a los que trabajan administrativamente).

Las funciones de cada grupo son las siguientes: Jefes de Servicios: directores responsables de los diagnósticos y tratamientos de los enfermos. Ejecutores del tratamiento cuando esto es necesario. Internos: en su mayor parte, ejecutores de los tratamientos, colaboradores científicos de los Jefés de Servicios; con obligación de hacer guardias periódicas de 24 horas. Con relativa responsabilidad científica y profesional. El trabajo se desem-

peña en un tiempo que puede variar de una a cuatro horas diarias o más, pero nunca se dedica más de la mañana. Practicantes numerarios: comparten las actividades con los internos. Tiempo de trabajo sensiblemente igual. Guardias periódicas de 24 horas. Menor responsabilidad científica. Generalmente encargados de las curaciones. Adjuntos: son de dos clases: Médicos y estudiantes de Medicina. Ambos tienen ciertas obligaciones más o menos semejantes a las de los respectivos numerarios, pero por regla general sus funciones son facultativas, van cuando pueden, hacen lo que pueden y su plan de trabajo está siempre sujeto a sus posibilidades personales y del hospital. La causa de esta deficiente función reside en los siguientes elementos: los grupos numerarios obtienen sueldos, tienen personalidad ejecutiva y gozan de autoridad administrativa-científica. Los segundos carecen de estos elementos.

Organización de estudios: De los seis años de estudios, el último está dedicado al estudio exclusivo de las clínicas y al internado. Los estudiantes que han terminado sus estudios didácticos y cursan el último año, son los capacitados para ocupar las plazas de practicantes numerarios, con lo cual se espera que hagan su internado. Se entiende por internado, según la forma actual de organización, a una función desempeñada por un estudiante de sexto año, con una plaza de practicante, sea propietario o adjunto, con obligación de trabajar las horas que su asistencia a las clínicas se lo permitan, y guardias periódicas de 24 horas. Estas funciones son obligatorias para todos los practicantes internos, propietarios y adjuntos. Es un hecho admitido por todo el mundo que dicho internado, tal como se practica, es insuficiente, inadecuado, incompleto, no capacita al estudiante con los conocimientos y experiencia necesarios, y por otra parte, inhibe al hospital de recibir un servicio completo de quienes tienen que repartir su tiempo entre el aprendizaje de las clínicas y su trabajo de hospital. En tales condiciones, es muy simple comprender que las funciones educativas no están inerustadas en las funciones propiamente hospitalarias. Ni los practicantes tienen tiempo para permanecer en los servicios que se les han asignado, en el hospital puede exigirles el abandono de sus estudios, y ambas funciones se estorban con perjuicio grave de las finalidades curativas del hospital y educativas de la facultad.

El servicio prestado por los médicos denominados internos, está también sujeto a numerosas condiciones de índole personal, que son naturalmente primordiales para el médico denominado interno, quien, teniendo que buscar su vida, tiene por fuerza que subordinar sus actividades hospitalarias a sus necesidades, anteponiendo éstas a todo otro sacrificio. Para un médico con oficina y familia, el dedicar toda la mañana al hospital es ya un enorme y heroico sacrificio, insuficientemente recompensado por el sueldo y a quien no se le puede exigir más de lo que puede dar.

Resulta de todo lo anterior que prácticamente NO EXISTE INTERNADO, en el sentido propio y justo del vocablo. Excepto los practicantes y el médico de guardia, por las tardes se da el caso insólito de que un hospital con mil enfermos apenas tenga médico y dos practicantes de guardia. Ello es bastante para casos de emergencia, pero fuera de dicha emergencia y no siendo ésta un estado habitual, el enorme tiempo perdido (más de las tres cuartas partes de un día), es un margen enorme de observación, experiencia, enriquecimiento de la personalidad profesional médica que se pierde despiadadamente para los que debieran ser internos en realidad, permaneciendo al lado del enfermo, el mayor tiempo posible. El verdadero internado sería aquel que obligara al estudiante o médico, antes de obtener su licencia para el ejercicio profesional, a permanecer continuamente en el hospital, adquiriendo una técnica y disciplina de trabajo, tanto al lado del enfermo como en los laboratorios y salas de operaciones. Un internado así podía realizar el milagro de culminar con frutos científicos legítimos, mantendría un registro rigoroso por lo completo, de todos sus casos clínicos, con una rigorosa anotación de todas las observaciones efectuadas al enfermo durante las 24 horas del día y la correspondiente anotación de los estudios de laboratorio efectuados, etc.. etc.

Es todo aquello posible dentro de las actuales orientaciones y organización de ambas instituciones: Escuela y Hospital? Sólo un me-

dio, en nuestra opinión, podría lograr la solución conveniente del problema: La simplificación de los estudios didácticos, seguida de la instauración de un internado efectivo que cubriese el o los últimos dos años de la carrera; la íntima asociación técnica del Hospital con la Escuela, de tal modo que todo el personal científico, dependiese científicamente, de la Facultad. Afortunadamente sabemos que ya se inicia una reforma en este sentido por la Facultad de Medicina para el próximo año.

INVESTIGAR.—Como quiera que en todo hospital es indispensable poseer laboratorios de diagnóstico clínico, esta función es de por sí de investigación. Sin embargo, no es bastante para un Hospital Moderno poseer laboratorios de investigación diagnóstica. Es un deber todavía más alto y grave el cooperar con la ciencia general de la medicina, incluyendo en su plan de trabajos la erección y funcionamiento de Laboratorios de Investigación Experimental. Excepto algunos esfuerzos individuales de experimentación biológica llevados a cabo por alumnos para cumplir un requisito reglamentario privadamente por médicos no existe en nuestros hospitales ninguna forma de experimentación original, ni laboratorios dedicados a tales fines. Los laboratorios que hay, sin embargo, están perfectamente equipados. "No faltan elementos", sino sistemas. Existe por ejemplo una forma de experimentación que no sólo es útil y de trascendencia en cuanto se relaciona con la adquisición de normas de diagnóstico, etiología y patogenia de las enfermedades sino en cuanto que constituye además un alto exponente científico, desde ambos puntos de vista: hospitalario y educativo. Nos referimos a la investigación Post-Mortem. En materia de autopsias suceden en nuestros hospitales exactamente igual cosa que en materia de historias clínicas. Se busca hacer una autopsia cuanto "el caso ha sido muy interesante". Si tal circunstancia no ocurre, cientos, miles de casos se pierden cada año al estudio de la anatomía patológica y para la adquisición de nuestras propias disciplinas científicas. Y es que nos atenemos muchos a lo que leemos en los libros. Confiamos en lo que otros dicen. Ni siquiera repetimos por mera curiosidad personal, lo que los autores que leemos nos sostienen haber descubierto. Para dar una idea de la importancia de la investigación post-mortem, diremos de pasada, que en muchos países, principalmente en el del Norte, el estandard mínimo de investigaciones de esta índole en los hospitales es de 15 por ciento de autopsias sobre el total de fallecimientos habidos en el año. Un hospital que se dedica a la enseñanza médica y no satisface aquel requisito de investigación, es descalificado científicamente.

En nuestros hospitales existen pues, todos los elementos necesarios. ¿Qué hace falta? Existe oposición legal para que las autopsias en nuestros hospitales sean algo prohibido? Existe siquiera una falta de casos elegibles? La demanda de cadáveres de la Escuela de Medicina es tal que inhiba que los hospitales practiquen esta importantísima práctica? Entendemos que las únicas razones por las que nuestros hospitales adolescan de tan graves deficiencias científicas son meramente de orden disciplinario, de organización y de métodos de estudio. Todavía más: nos atrevemos a declarar que esta falta de métodos y disciplinas provienen desde más atrás, desde nuestros años escolares. Se deben a que adquirimos una enseñanza eminentemente didáctica y doctrinaria, muy vasta, profunda y universitaria (en el sentido universal). Pero nos acostumbramos a vivir en la escuela y en los libros. Jamás hemos aprendido a vivir en el hospital. Ignoramos lo que es estar día y noche, día tras día, meses y años en el medio hospitalario. Porque no ha existido jamás en México lo que denominamos "internado". Por otra parte, no existe, en general, amor por el hospital y su ambiente. Al entrar de pasada al hospital, nos cogemos de las primeras ideas y experiencias ansiosos de estar inmediatamente en la calle, en nuestra oficina, en la vida social. Gran parte de nuestro esfuerzo "científico" es sólo un medio de vivir socialmente con satisfacción.

Es doloroso y amargo hacer crítica. Pero es útil. Detestamos la crítica destructiva y que al disolver y negar, no presenta nada en concreto para substituir lo que se critica. Creemos, sin embargo, que nuestra crítica es constructiva. Buscamos la amplitud de nuestros hori-

zontes científicos, cueste lo que cueste, menos nuestra dignidad. Reconocemos que existen numerosos maestros, jóvenes y maduros, que con sus luces nos han iluminado muchas veces. Los admiramos y respetamos. Admitimos que existen en nuestro país muchos elementos de gran talento y capacidad, creadores de normas nuevas. Pero dentro de nuestra honestidad para reconocer aquello, vemos también cuán débiles son los frutos de aquellos esfuerzos titánicos de quienes han logrado subir el nivel científico. Vemos con pena cuantas energías deben derrocharse en naderías, antes de llegar a algo concreto.

EN RESUMEN:

Nuestra organización hospitalaria requiere una profunda transformación o reforma, tanto en las funciones administrativas como en las actividades cardinales de sus finalidades y responsabilidad. Reforma en los métodos clínicos de registro de casos: Reforma en el registro y procedimientos de admisión; Reforma en la aplicación y distribución de tratamientos; Reforma en la manera de hacer llegar al público las informaciones que interesa al hospital que se obtengan acerca de sus medios y procedimientos; Reforma en el internado, lo que resolverá una reforma forzosa en la enseñanza de la medicina; Reforma en las orientaciones científicas, referente a la adquisición de una nueva responsabilidad y deber; el de cooperar por medio de la investigación anatemopatológica y de la investigación experimental biológica, al enriquecimiento general de las ciencias médicas, y en particular de nuestra ciencia médica nacional.

Recuerde Ud. este nombre cuando necesite recetas bien preparadas

MAX ABBAT

MUY ATENTAMENTE RECOMIENDA A LOS MIEMBROS DEL H. CUERPO MEDICO MEXICANO LOS SIGUIENTES PRODUCTOS

Panglandina Couturieux

COMPRIMIDOS

La fórmula pruriglandular más completa y mejor dosificada

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

D. S. P. 4866

Lantol Couturieux

AMPOLLETAS

En las inrecciones graves el Lantol Couteriux hace baja r la temperatura. Provoca una hiperleucocitosis general intensa.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 2245 D. S. P.

Bismuthoidol Robin amp.

Bismuto coloidal en solución acuosa, completamente indoloro, no se acumula en el organismo, no provoca choque hemoclásico.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica.

No. 10431. D. S. P.

Inmunizols Gremy

AMPOLLETAS

Inyectable y Caldo Vacuna

Supositorios de Suppo-Sedol

FORMULA

Bromhidrato de escopolamina	0.0002
Clorhidrato de morfina	0.006
Sulfato de esparteína	0.02

Excipiente c. s. para un supositorio, manteca de cacao. No. 8754.—D. S. P. "Usese exclusivamente por prescripción y bajo la vigilancia médica".

Tiene las mismas indicaciones que el Sedol, cuando la inyección no es realizable por cualquier razón que sea. (Afecciones ginecológicas, reglas dolorosas)

Hemotonine Buisson

AMPOLLETAS

Complejo de hierro y estricnina en combinación con el arsénico y los fósforos orgánicos

Iodone Robín

Gotas No. 8228 D. S. P.

Amp. { **0.02: No. 4149 D. S. P.** / **0.04: No. 2897 D. S. P.**

Combinación de albuminoidea de yodo, preparado con peptona de carne de origen trípsico.

Usese por prescripción médica.

Inmuniderm Gremy

Pomada de antivirus y bacteriófago.

No. 6280 D. S. P.

Agente MAX ABBAT

LUCERNA No. 47 MEXICO, D. F.

Sindrome Cardio-Hepato-Renal Agudo de Origen Diftérico o Síndrome Secundario de la Difteria Maligna de Marfan

Por el Dr. SALVADOR GARCIA TELLEZ

TRATASE de una niña de ocho años que presentaba, durante siete días, un cuadro febril continuo, y proceso séptico-amigdalo-faríngeo; al verla llama la atención su palidez, la disnea y la adenopatía del cuello con el aspecto procunsular descrito por Saint-German; tiene aliento fétido, lengua blanca, placas blancas membranosas en úvula, pilares, faringe y amigdalas sin aspecto pultáseo; taquicardia sin extrasístoles y adinamia.

Hago diagnóstico de difteria, le inyecto diez mil unidades de suero antidiftérico y ordeno se practique examen bacterioscópico y cultivo de la secreción amigdalo-faríngea. Al día siguiente, octubre 30 de 1932, contesta el bacteriólogo doctor Salvador González Reynoso, que a las dieciocho horas encontró cultivo puro de bacilos de Klebs-Loeffler; le seguí inyectando diez mil unidades de suero anti-diftérico del Departamento de Salubridad durante tres días más, lavados de boca y garganta con solución de clorazena y agua oxigenada, como tratamiento local; nucleinato de sodio, adrenalina, cafeína, amoníaco y éter, como leucoterápico, tonicardíacos, estimulantes difusibles, como tratamiento general y adyuvante.

Inyecté suero a sus familiares a cincuenta unidades por kilo de peso para producirles inmunidad rápida, aunque fuera transitoria (20 a 30 días), para que pasado ese tiempo, practicarles la prueba de Schick, e inyectarles la anatoxinas de Ramón a los que dieran reacción positiva.

A los tres días la garganta empezó a limpiarse, la fiebre a desaparecer; pero al cuarto día principió intenso dolor en la región precordial con carácter anginoso: constrictivo, angustioso, pero sin las irradiaciones clásicas y sí originado por el menor esfuerzo; también había dolor intenso en el hipocondrio derecho, oliguria, taquicardia extrasistólica, ensordecimiento de los ruidos cardíacos e hipotensión arterial con pulso: pequeño, rápido y depresible. Se recogió orina para su análisis el 8 de noviembre, tres días después de la supresión del suero, 150 centímetros en veinticuatro horas 1,026 de densidad ácida, 12|1000 de urea, un gramo de cloruro por litro, 1 gramo de albúmina, cilindros hialinos y leucocitarios, sin pigmentos, ácidos biliares, glóbulos rojos, ni acetona.

La enfermita presentaba taquiarritmia extrasistólica, oliguria, vómitos, disnea intensa, hepatalgia, cardiomegalia, movimiento ondulatorio de la región precordial, ritmo de galope sin soplos funcionales, hepatomegalia, sin esplenomegalia y edema en los miembros inferiores muy discreto. No me fué posible precisar la presión arterial por la taquiarritmia, cerca de 180 y la diferencial tan pequeña de 1 centímetro.

Se le prescribió: lavatiba purgante y hielo en la región precordial, reducción de líquidos, lactato de calcio, ergotina, adrenalina, digatalina y enteroclisis de suero glucosado.

A los tres días, el 11 de noviembre, se obtuvieron, por sondeo, 100 centímetros cúbicos de orina en 24 horas, con 1020 de densidad, ácida, 21|1000 de urea, menos de 1 gramo de

cloruro de sodio por litro HABIA ACETONA, PIGMENTOS BILIARES EN PEQUEÑA CANTIDAD, 1 GRAMO Y MEDIO DE ALBUMINA, NUMEROSAS CELDILLAS DEL EPITELIO RENAL Y CILINDROS HIALINOS, no existen glóbulos rojos.

El corazón había crecido con punta en el sexto espacio intercostal (y en niña de 8 años) movimiento ondulatorio, ritmo de galope, soplos funcionales, hígado muy crecido, 15 centímetros en la línea mamaria y en la línea media llegaba al ombligo, además de miembros inferiores discretos, taquiarritmia extrasistólica al parecer completa por lo incontable y frecuente de las extrasístoles; intensa disnea cianosis, vómitos y gran adinamia.

Se le puso suero glucosado subcutáneo, Insulina e inyecciones de digalena y coramina.

El cuadro clínico no mejoró y me inició derrame pleural derecho y ascistis; pero el síndrome urinario sí se modificó, pues el análisis de la orina de 16 de noviembre da 180 centímetros cúbicos, 1021 de densidad, 36|1000 de urea, ALBUMINA 0.70, SIN ACETONA NI PIGMENTOS BILIARES, AUMENTADA LA UROBILINA Y ESCASOS CILINDROS HIALINOS, no existen glóbulos rojos.

Se suspendió la insulina y se le sostuvo a suero glucosado, digalena, coramina, diuretina, extractos hepáticos, lactato de calcio y estroncio.

Aumentó la inquietud, la disnea, la taquiarritmia se hizo incontable, el derrame pleural derecho y la ascitis aumentaron, pero es útil hacer notar que el edema en los miembros inferiores y cara era muy discreto.

Se le extrajeron 1000 centímetros cúbicos del líquido pleural, con el siguiente resultado citológico y bacterioscópico: abundantes linfocitos, numerosos glóbulos rojos, escasos grandes mononucleares y escasas células endoteliales. No hay gérmenes.

Se sigue la misma terapéutica anterior. HAY QUE RECORDAR QUE SE SUSPENDIO LA SUEROTERAPIA DESDE QUE SE INICIO LA NEFRITIS AGUDA, la digalena se suspendía por días para evitar su acumulación tóxica y evitar el efecto inverso de Daniclópolu o disociado de Merklen.

El 29 de noviembre la orina aumentó a 330 en 24 horas, con 1012 de densidad, 6|1000 de urea, HUELLAS DE ALBUMINA, ESCASOS CILINDROS HIALINOS, ya no había acetona, ni pigmentos biliares y la urobilina normal.

Como vómitos, dolor del hipocondrio derecho, cardiomegalia, hepatomegalia y la oliguria, declinaban, sin desaparecer la taquiarritmia, prescribe tres días 10 gotas de digitalina, agurina, extractos hepáticos y abundante azúcar.

Es hasta entonces ostensible la mejoría (un mes después de lucha, inquietud y temor de que esta enfermita perdiera la vida), pues la taquiarritmia bajó a 98, las extrasístoles eran muy aisladas, el movimiento ondulatorio, el ritmo de galope y los soplos funcionales desaparecieron, la punta en el quinto espacio intercostal, el hígado se hizo impalpable, la diuresis se normalizó, la ascitis y el hidrotórax desaparecieron, la disnea, la cianosis, la adinamia, los dolores abdominales y los edemas se esfumaron; orinaba 720 centímetros cúbicos en 24 horas, con 1022 de densidad ácida, PERSISTIAN HUELLAS DE ALBUMINA, ESCASOS CILINDROS HIALINOS, los demás datos, normales.

Se le fué aumentando progresivamente su alimentación, se le dieron tónicos a base de Metatone, Hemotonina y Polvo de Hígado Lilly.

De diciembre de 1932 a mayo de 33, la niña dice sentirse muy bien, sin signos clínicos de insuficiencia cardio-hepato-renal.

Sin embargo, el análisis de orina da todavía HUELLAS DE ALBUMINA, PERO SIN CILINDRURIA, CON 1200 CENTIMETROS CUBICOS EN 24 HORAS Y UNA CONCENTRACION DE 20|1000 DE UREA.

La exploración cardíaca da revolución normal sin fenómenos agregados, punta en el quinto espacio a 7cm.; Mx. igual 11, Mí. igual 7, rítmico con 70 por minuto; pero el otro diagrama indica crecimiento ligero del ventrículo izquierdo y el electrocardiograma orienta a MIOCARDITIS DEGENERATIVA, por su aspecto monofásico de Smith e indicio de la onda coronariana de Parde, además P. invertida, P. Q. de 20 centésimos de segundo, Q. R. S. ancha, deforme y con el principio de cúpula de Parde, desnivel insoeléctrico y T. invertida y deforme; esto en la derivación

2 que, como se sabé, es la que más se acerca al eje eléctrico del corazón y, por consecuencia, de más utilidad para la interpretación de un electrocardiograma.

Esto nos demuestra de una manera indiscutible la existencia de una miocarditis y de probable origen coronariano, lo que nos indica que el corazón se dilató por lesión de la fibra miocárdica.

Recuérdese que Smith y Parde han descrito que esta onda monofásica va bajando y modificándose con el tiempo, la que varía a la par con las restituciones del miocardio mortificado (y dan la historia eléctrica de los infartos y de las miocarditis); seguiré en el caso la historia eléctrica de esta miocarditis, para que me sirva de tema a otro trabajo que presentaré a esta sociedad.

El caso que presento tiene de interés: lo poco frecuente de este síndrome cardio-hepato-renal agudo de origen diftérico, pues en los años que tengo de ejercer es el primero que veo; exponer y discutir qué conducta debe seguirse frente a un enfermo con difteria y que durante el tratamiento sueroterápico se presenten complicaciones como las anotadas; dilucidar si éstas son complicaciones de la difteria o resultado de la sueroterapia y, por lo tanto, si el médico está obligado a intensificar el tratamiento sueroterápico o a suspenderlo; y, por último, que no se dé pronóstico de muerte irremediable, porque pueden curar.

Si muchos tratamientos químicos y biológicos dejan duda al médico de su acción benéfica, la sueroterapia antidiftérica es de los que, usados con oportunidad y a dosis conveniente, dejan satisfecho al médico de su acción curativa.

Si admitimos, con Bordet: "que la vida es el sostenimiento de un equilibrio constantemente amenazado", y la enfermedad como la "reacción de este organismo contra lo que lo ataca". En el caso, según el examen bacterioscópico y el cultivo, el bacilo de Klebs-Loeffler, es el causante, pero se sabe que este germen daña más por sus toxinas, las que tienen acciones: piógenas, necrotizantes, vaso constrictoras hipertermizantes, hipotermizantes, hemolíticas, paralíticas, etc., etc. Se ha demostrado que esta toxina aumenta su acción en medio alcalino, que puede obrar directamente sobre el parenquima de las vísceras o indirectamente lesionando los centros nerviosos, bulbares, los nervios periféricos o los centros nerviosos viscerales.

Se le admiten acciones: congestivas, de infiltración, de proliferación, de degeneración celular que al reabsorberse este tejido es reemplazado por escleroso.

Esta toxina obra a dosis infinitesimales como los fermentos, pegándose a las substancias coloides.

Según **H. Eppinger,** la toxina diftérica produce miolisis cardíaca.

Para **Vincent,** un gran número de las lesiones cardíacas diftéricas corresponden a trastornos tróficos, por lesiones nerviosas o ganglionares parenquimatosas.

Barbier y Richardiere han encontrado el bacilo diftérico en el bulbo y en la protuberancia en los casos graves.

Aun no hay completo acuerdo de si la toxina ataca al parenquima, al tejido interticial o a las arterias viscerales.

Vincent cree que la toxina obra lesionando los plexos y ganglios nerviosos cardíacos.

Lavergne indica su acción sobre el núcleo del neumogástrico.

Leoper y Abranof creen que las cápsulas suprarrenales, toman una parte activa en las complicaciones diftéricas.

Marfán considera que la toxina produce alteraciones consecutivas del hígado (con hiperemia venosa y degeneración celular): del riñón (con lesiones degenerativas) y casi siempre encuentra hipofunción de las cápsulas suprarrenales.

Hugenin le admite acción difusa sobre el músculo, tejido conjuntivo y vasos del corazón.

Lutembacher se inclina a admitir que la toxina diftérica ataca al haz primitivo miocárdico, al mioplasma, por su estado granuloso, homogéneo y de disociación segmentaria de la fibra, y que las lesiones vasculares son la regla, con trombosis venosa y arterial.

R. Zadof hace notar que el reumatismo tiene sobre el músculo cardíaco una acción menos brutal que la difteria o la fiebre tifoidea. Este autor ha hecho estudios electrocardiográficos en la difteria y ha encontrado: ati-

pia del complejo ventricular, bloqueo senoauricular y T. invertida.

Shede cree que la fibrilación ventricular es la causa de la muerte súbita e imprevista de los diftéricos.

Sin embargo, hay que admitir que en el estado actual de la ciencia se ignora la naturaleza íntima de las toxinas, al grado de que es considerada por algunos, como virus filtrables.

¿Pero cuál es el mecanismo íntimo de las complicaciones diftéricas? ¿Acción directa sobre las vísceras o indirecta por intermediario de lesiones nerviosas centrales, bulbares o periféricas?

Para mí, su acción es mixta según virulencia, tiempo de evolución del padecimiento y topografía de la difteria; admito con Hugenin acción sobre el músculo, tejido conjuntivo y vasos; con Vincent, acción sobre plexos y ganglios neurocardíacos; con Marfán, acción mixta sobre hígado, corazón y riñón como en el caso que presento. ¿O ustedes piensan que el corazón y el hígado de esta enfermita sufrieron y se dilataron por la repercusión de una nefritis aguda, hipertensiva, exclusivamente por causa mecánica?

Nobecourt en su obra "Clínica Médica de los Niños", describe un síndrome cardio-hepático agudo en el curso de una nefritis aguda, y razona con Hutinel de la siguiente manera con criterio mecánico: la nefritis aguda engendra una alza rápida y brusca, pero pasajera de la presión arterial, el corazón no resiste este trabajo brusco, por lo que se engendra la fase cardio-hepática; con caída de la presión, galope, segundo ruido clangoroso, pulso rápido, extrasístoles, aplastamiento de la máxima, diferencial convergente y colapso cardíaco. Se realiza para ellos "un corazón y un hígado en acordeón". Al terminar su artículo, Nobecourt duda de su acción mecánica, pues al buscar la causa y el mecanismo de este síndrome cardio-hepático agudo se pregunta: ¿depende de la hipertensión con distención mecánica? ¿a alteraciones de la fibra cardíaca? ¿o a la asociación de los dos procesos?

Para mí, el criterio mecánico en tratándose de insuficiencias cardíacas, toma un lugar muy secundario. Con frecuencia se ven individuos de la misma edad, del mismo sexo, de la misma raza, con la misma lesión valvular, y del mismo origen, unos, en insuficiencia cardíaca y otros no. Individuos con hipertensión arterial, el de más alta sin insuficiencia, y el que la tiene más baja en insuficiencia. Dilataciones enormes con insuficiencias discretas y dilataciones medianas con gran insuficiencia.

Esto nos demuestra que las causas mecánicas son adyuvantes, pero no suficientes. La insuficiencia cardíaca depende de una manera directa del estado metabólico, **inflamatorio o degenerativo del miocardio.** Por eso en el caso particular, admito a la vez lesiones en riñón, corazón, hígado y no cardio-hepatomegalia originada por una hipertención pasajera, por nefritis aguda.

Sabemos que el organismo reacciona contra todo ataque microbiano por acciones: mecánicas, fagocitarias y formando anti-cuerpos, los que no se pueden considerar actualmente, como substancias aisladas o definidas químicamente, pero constituyen, según Widal, "los signos de reacción contra la infección."

Para **Muttol** los anti-cuerpos son diastasas de defensa, las que resultan de un estado particular de los coloides sanguíneos, o modificaciones en los estados físico-químicos de los coloides humorales.

Para **Mathieu** y **Pierre Weill** los anti-cuerpos significan modificaciones de la tensión superficial humoral, de la carga electrolítica de los coloides y de la alcalinidad del líquido intermicelar.

Para **Enríquez** son cambios en el orden físico-químico lo que origina un nuevo equilibrio humoral, en el que los microbios no pueden vivir engendrándose de esa manera la inmunidad.

Kitasato indicó que el suero de un animal curado o vacunado contra una enfermedad, es capaz de neutralizar el virus o sus toxinas. Basado en esto Roux obtuvo el suero antidiftérico del caballo, quien le admite además, acciones opsónicas, lo que quiere decir "yo cocino", pues se fija a los microbios, volviéndolos más aptos a la fagocitosis.

El anti-cuerpo es secretado por los leucocitos y las células del organismo, modifican de esta manera las albúminas sanguíneas, por eso quien sufre el choque reaccional, es todo

el organismo lo que no puede considerarse siempre inocuo.

¿Pero, cómo obran los sueros? Para Ehrlich (teoría química), la antitoxina se fija a la toxina como una base fuerte a un ácido fuerte, pero Roux y Baillard no aceptan esta manera de pensar, porque inóculan dos series de conejos con toxina y antitoxina tetánica, uno de estos lotes ha sido previamente inmunizado contra el vibrión colérico y estos lotes de conejos sucumben; lo que les demuestra que el organismo inmunizado contra el vibrión colérico y estos lotes de conejos sucumben; lo que les demuestra que el organismo inmunizado puede disociar la antitoxina de la toxina.

Para **Bordet** se fijan como una tinta sobre su mordente, por un proceso de absorción sin destruirlo "se suelda a ella" y de esta fusión resulta para Bordet un complejo inofensivo. Yo no acepto lo inofensivo puesto que se han descrito, y muchos de nosotros hemos presenciado los accidentes séricos y la enfermedad sérica.

Nicolle piensa que todos los fenómenos biológicos se reducen: a **coagulación** y **disolución**; si el proceso es lento se produce (inmunidad), si es brutal (la muerte).

El fenómenos de Arthus nos demuestra que no es tan inocuo el suero; y a la vez sabemos que todo suero obra por **acciones de Precipitación, de Aglutinación, Litógenas y Bacteriolíticas.**

El anti-cuerpo es un proceso de defensa contra un coloide albuminoso en solución, que lo coagula para ser digerido por diastasas.

Es útil recordar las experiencias de Besredka y Nicolai referentes a la **inmunidad local.** Demostraron que la inmunidad del neuroeje contra el virus de la encefalitis letárgica, se puede obtener sin estado general refractario, y sí, por inyecciones de cerebro de conejo inmunizado por acción neutralizante contra el virus, al que fija y destruye fuera de toda intervención de anticuerpos de origen sanguíneo. **Es una inmunidad local por modificaciones tisulares.**

Basado en esas ídeas, estoy meditando preparar unas inyecciones de pulmón de animales inoculados de tuberculosis, como tratamiento para la tuberculosis pulmonar. En otro trabajo comunicaré a esta sociedad de los resultados obtenidos.

Los sueros pueden producir fenómenos de anafilaxia, lo que, según **Richet,** "no es más que un velo echado delante de la inmunidad, pero sin impedirla", y Arthus demuestra que a la anafilaxia sucede la inmunidad precediéndole la "Alergia", que no es más que un estado mixto de inmunidad y de anafilaxia.

Todo lo anteriormente expuesto es útil tenerlo en cuenta, para saber si el cuadro clínico que se me presentaba eran los efectos de la toxina diftérica o de la sueroterapia.

¿Cómo demostrar lo primero o lo segundo?

En las enfermedades infecciosas la patogenia de las nefritis agudas es atribuída a embolias bacterianas que se localizan primero en los vasos capilares y luego en el parenquima; en las intoxicaciones, éstas tienen atributos degenerativos y a veces hasta necrosis epitelial.

Para **Volhard** las toxinas obran por acciones semejantes al del choque anafiláctico, y para él, bajo la influencia de la toxina diftérica el epitelio del riñón entra en isquemia, asfixia, que por poco que se prolongue acarrea la denegeración ceclular, desde la tumefacción turbia hasta la necrosis; esto se manifiesta clínicamente por: cilindruria, hematuria, albuminuria, oliguria, a veces anuria, asociándose casi siempre el síndrome azoémico; para él, la intensidad de estas lesiones dependen de la duración del proceso isquémico de donde resultará que unas sean curables y otras no.

Chevassu y Rathery describen en las nefritis agudas diftéricas las citolisis protoplasmáticas y la homogeinización, y sostiene que los efectos tóxicos sólo persisten cuando el microbio está presente en el organismo.

Si recordamos las experiencias de Claude con la Ricina (toxalbumina extraída de las semillas del ricino), y con la Abrina (extraído de las semillas del Jequiriti); veremos que la toxina diftérica obra como estas toxalbúminas porque produce lesiones semejantes.

Esta enfermita estaba bajo el influjo de la toxina diftérica, y presentaba: cilindruria, albuminuria, intensa oliguria y síndrome azoémico: luego había razón para relacionar este cuadro nefrítico agudo a la difteria.

Los sueros pueden producir **accidentes in-**

mediatos cuando se usan por vía endovenosa; como muerte súbita, colapso e hipotermia, y **tardías** las que necesitan de 8 a 10 días de incubación como: fiebre, urticaria, edemas, artralgias, vómitos, cianosis, hipotensión, albuminuria, hematurias, parálisis **postseroterápicas** tardías, descritas por Sicardt, Pollet, Souquest; así como Adenitis y Orquiepidimitis.

Francioni, Von-Pirquet, Schic, Charles Richet han descrito la "Enfermedad del suero", según ellos se debe a que el organismo sufre reacciones humorales del tipo de la anafilaxia, la que se manifiesta, produciendo dicha enfermedad, o puede quedar latente indefinidamente.

Besredska precisa las reglas anti-anafilácticas: inyecta un centímetro cúbico por vía subcutánea y a las cuatro horas el resto; o pone un cuarto de lc. c. por vía endovenosa y al cuarto de hora el resto por vía subcutánea; o diluye los sueros al décimo en suero fisiológico. **Kopaczenwski** indica que el carbonato de sodio por vía oral previene el choque anafiláctico.

Por eso es útil, siempre que se tenga que inyectar suero, informarse si anteriormente ha sido inyectado de algún suero; pues, además del fenómeno de anafilaxia, es útil recordar el de Arthus, caracterizado por rubicundez, tumefacción en el sitio de la inyección, que puede llegar á la necrosis local como el "Fenómeno del Arthus Gangrenoso", descrito por Aviragnet y Halle.

No es raro ver reacciones de Herxheimer, como aumento de volumen de los ganglios del cuello con las primeras inyecciones del suero, como vi hace unos días a un niño de 6 años de edad, que con la segunda inyección de 5,000 unidades, su cuello adquirió un aspecto como el de los que padecen enfermedad de Hogkin. En 24 horas desaparecieron los ganglios sin nueva inyección. Estos fenómenos no son de gravedad, ni tampoco indican intensificar la sueroterapia como se pudiera pensar.

También como reacción focal post-sérica se puede presentar la "Meningitis Sérica" casi siempre del octavo al décimo día, como tuve oportunidad de ver un caso en un niño de 10 años, a quien se le puso un centímetro cúbico de suero antidiftérico para inmunizarlo, por haber estado con su hermanito que padecía difteria; a los 8 días se quejó de calosfrío, cefalea intensa y tuvo fiebre de 38 grados, sin coriza, ni foco séptico amígdalofaríngeo. Al día siguiente presentó vómitos sin esfuerzo, cefalea intensa, fotofobia, sensibilidad al ruido, contractura de la nuca y rigidez de la columna vertebral lo que le imposibilitaba sentarse por sí solo en la cama, signo de Kernig, raya meningítica, constipado, bradicardia y fiebre de 39 grados.

Con lavado purgante, bolsa de hielo en la cabeza, cloruro de calcio, adrenalina, ergotina e hiposulfito de sodio, desapareció el cuadro en 12 horas; tiene 8 días de estar bien.

La enfermedad sérica es producida: por una parte, por la antitoxina que obra como globulina; y por otra, el suero de caballo con sus albúminas heterogéneas.

El mecanismo de esos accidentes se explica por la existencia de substancias tóxicas en algunos sueros, por la introducción de una heteroalbúmina que engendra choques hemoclásicos con efectos coagulantes, aglutinantes o líticos. A veces una albúmina heterogénea al suero, obra como si se hubiera puesto anteriormente suero; es decir, como fenómeno de anafilaxia.

En esta niñita no tuve ningún accidente inmediato, para los tardíos faltaba el tiempo de incubación, aunque algunos de los síntomas correspondían a los descritos por Carnot sobre el riñón, éste, ya lesionado por la toxina diftérica, sufrió el aporte de proteínas nuevas del suero de caballo, así como de coágulos microscópicos, los que resultarían de la unión de la toxina y antitoxina, puesto que la antitoxina obra por acciones coagulantes o líticas, ésto, indiscutiblemente perjudicaba las circulaciones viscerales, produciendo el efecto de pequeños infartos microscópicos y mortificaciones parenquimatosas consecutivas, o trastornos vasomotores por acción vasosimpática.

Por eso en el caso tanto la toxina como el suero eran los causantes.

Desde que sospeché difteria, puse dosis masivas de suero antidiftérico, por recordar las ideas de **Martín** y **Doné**, quienes aceptan que "retardar 24 horas la inyección de suero an-

tidiftérico, es exponer al enfermo a la muerte o a complicaciones, que éstas deben ser masivas, pues sólo que el enfermo haya sido inyectado de suero anteriormente o la angina sea reciente, se está autorizado a esperar el examen bacterioscópico o cultivo".

Carnot indica que "el temor a los accidentes séricos nunca debe hacer dudar al médico del empleo de los sueros y a dosis masivas; que es más grave para un diftérico privarlo del suero que exponerlo a los accidentes séricos inconstantes y excepcionalmente graves". También este autor recomienda que en los casos graves o en los sujetos tratados tardíamente, hay que aumentar la dosis y que para él no existen contraindicaciones al empleo del suero.

Weill-Halle, recomiendan que en las formas hipertóxicas debe usarse siempre el suero a dosis masivas en inyecciones intramusculares, porque a veces la sueroterapia practicada demasiado tarde, tiene el riesgo de ser ineficaz.

Abot hace notar que la masa en volumen del suero puede ser independiente de su valor anti-tóxico.

Amiranet ha querido calcular la dosis en relación al peso del sujeto y propone 500 unidades por kilo de peso.

Mery y **Parturier** insisten en la sueroterapia intensiva, pero a dosis de 250 a 500 unidades por kilo de peso, pues a dosis mayores, no obtienen mejoría proporcional.

Pierre-Luis-Marie, sostienen que el suero antidiftérico debe usarse por vía endovenosa en los casos graves, e intramuscular en los casos ligeros o medianos, y recomienda 50 unidades por kilo de peso para el método preventivo.

Por las razones anteriores y porque mi experiencia así me lo indicaba, puse dosis masivas por vía intramuscular aun a dosis un poco mayores de 500 unidades por kilo de peso.

El Departamento de Salubridad suministra ampolletas, sin costo alguno, de 15 cc. con 370 U x 1cc., sin antisépticos, de un año de duración y con folletos explicativos.

¿Pero la nefritis aguda inicial que se me presentó a los cuatro días de iniciado el suero era el resultado de la difteria tardíamente tratada o efecto del suero? ¿Si era lo primero, según las ideas anteriormente expuestas, debería haber intensificado la sueroterapia, si era lo segundo, debería suspenderla?

Suspendí el suero en contra de las ideas anteriormente expuestas y de autores tan respetables, porque el foco productor de antígenos y de toxinas había desaparecido, y como la difteria cuando se trata tardíamente obra sobre el corazón produciendo degeneraciones con trombosis vascular, sobre el hígado, dilatando los vasos produciendo leucocitosis intravascular con degeneración hialina y obstrucción capilar con trombosis fibrino-leucocitarias; en el riñón, lesiones congestivas y degenerativas; esto me hizo pensar que lo que tenía en frente eran los efectos viscerales de la toxemia diftérica, pero independientes ya de la toxina en sí, y, por consecuencia, inmodificables por el suero antidiftérico.

Y si recordamos las siguientes ideas referentes a la patogenia de la enfermedad sérica, encontraremos justificable mi actitud.

Hamburger, Moro, Marfán y **Leplay,** atribuyen la enfermedad sérica a las precipitinas formadas en el hombre por las inyecciones heterogéneas, las que determinan pequeños trombus capilares, causa de los eritemas.

Para **Widal,** el suero produce crisis hemoclásicas o desequilibrios sanguíneos con hipotensión arterial, leucopenia hipercoagulabilidad sanguínea, etc., etc.

Pasteur, Valley y **Radot,** admite la leucocitosis mononuclear con desequilibrio sanguíneo total.

Si hubiera introducido nuevo suero, seguiría produciendo fenómenos de choques hemoclásicos con sus efectos: aglutinantes, coagulantes y citolíticos, lo que a mi vez podría favorecer efectos trombosantes; y, además, al disolverse los cuerpos microbianos por los efectos citolíticos del suero, se engendrarían nuevas heteroproteínas, lo que exigiría un mayor trabajo al riñón ya lesionado, al corazón y al hígado que empezaban a claudicar.

Por las razones anteriores suspendí la sueroterapia.

CONCLUSIONES:

El síndrome cardio-hepato-renal agudo lo puede producir la difteria.

Estas complicaciones se presentan cuando el tratamiento sueroterápico es empleado tardíamente.

El tratamiento sueroterápico antidiftérico debe iniciarse con dosis masivas de 500 unidades de kilo por peso y diarias.

La sueroterapia debe suspenderse cuando se limpie el órgano atacado.

Toda nefritis aguda debe hacer suspender la sueroterapia.

Aunque el cuadro es muy grave, no siempre es de pronóstico mortal.

El resultado benéfico de esta manera de sar, lo obtuve con la salud de esta niña.

"COLENOL"
UNICO TRATAMIENTO POR IRRIGACION DE LAS
Infecciones Intestinales
SOLICITE LITERATURA A LOS REPRESENTANTES
E. PANDO Y CIA. S. en C.
REPUBLICA DEL SALVADOR No. 51

EL
ULTRAGADOL
IRRADIADO
de sabor agradable
REEMPLAZA VENTAJOSAMENTE EL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

LES
Etablissements Chatelain
Paris - FRANCE
Agentes en México:
A. RUEFF Y CIA.
Lucerna No. 7 México, D. F.

PRODUCTOS OPOTERAPICOS "CHAIX"

Extractos.— INYECTABLES, COMPRIMIDOS, GLICERINADOS Y JARABES

TODOS LOS ORGANOS
Ext. Bazo y Médula
" Cerebral.
" Ganglios Linfáticos.
" Hepático.
" Intestinal.
" Medular.
" Miocárdico.
" Muscular.
" Pancreático.
" Pulmonar.
" Retiniano.

TODAS LAS GLANDULAS
Ext. Explénico.
" Hipofisario.
" Mamario.
" Renal.
" Orquítico.
" Ovárico.
" Plascentario.
" Prostático.
" Para-Tiroide.
" Surrenal.
" Tiroide.
" Entero-secretina.
" Entero-Kinasa.

PIDA NUESTRO FOLLETO ESPECIAL COMPLETO

Establecimientos Lauzier, S. A.

REPRESENTANTES. APARTADO 399 MEXICO, D. F.

PROGYNON

Hormona sexual femenina (Hormona folicular) para el tratamiento de los trastornos hipoováricos.

- *Concentración elevada estandardización exacta*
- *Ampliamente experimentada en animales (incluso monas)*
- *Eficaz por vía oral gracias a la adición de lipoides especiales*

La experiencia clínica comprueba su eficacia en los trastornos climatéricos y la amenorrea secundaria.

ENVASES ORIGINALES:
Frascos de
30 y 60 grageas de 150 U.R.
Cajas de
6 amp. de 100 U.R. en 1 c. c.

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

IONINE

Ampolletas
Reg. DSP 7089

Jarabe
Reg. DSP 7092

Medicación Antibacilar

Reconocida por eminentes especialistas como eficaz en el tratamiento de los padecimientos pulmonares y de las vías respiratorias y muy especialmente en la Tuberculosis pulmonar.

LABORATORIOS IONINE S. A.

Apartado 1999 — **10a. Calle Puebla 193**
MEXICO, D. F.

Apartado 533 — **2202 Zaragoza Str.,**
LAREDO, TEXAS

Vitacampher

(Allo-p-Oxoalcanfor)
Reg. D. S. P. 11601.

CARDIOTONICO, ELEVADOR DE LA TENSION SANGUINEA, ESTIMULANTE DEL CENTRO RESPIRATORIO Y SEDANTE DEL HIPO

EL PRINCIPIO ACTIVO ES UN PRODUCTO QUE SE FORMA EN LA INTIMIDAD DE LOS TEJIDOS DEL ORGANISMO DE PERROS VIVOS, SUJETOS PREVIAMENTE A UN REGIMEN ALIMENTICIO RICO EN ALCANFOR

Absolutamente Seguro e Inofensivo

Distribuidores:

CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

Isabel la Católica 85. - México.

Señor Doctor, Recete Usted:

PULMOSEPTINA.—
Patente 31655

Intensa medicación antibacilar contra la tuberculosis pulmonar.—Resultados comprobados por eminentes bacteriólogos de esta Capital.

CREOSOYODINA.—
Re. 11477 D. S. P.

Antiséptico de las vías respiratorias.
Cada ampolleta de 2 c. c. contiene:

Creosota	0.10
Guayacol	0.10
Alcanfor	0.05
Colesterina	0.05
Yodo	0.01 (0.02)

MORRUI-LECITINA.—
Reg. 12259 D. S. P.

Poderoso auxiliar en las afecciones del aparato respiratorio.
Cada 2 c. c. contienen:

Morruol etílico	0.10
Lecitina	0.10
Colesterina	0.05
Fenol	0 05
Yodo metálico	0 02

Inyección estrictamente intramuscular.

Farmacia del Cinco de Mayo

5 de Mayo núm. 15.

Mexicana L-97-30. Ericsson 2-90-15.

Los beneficiosos efectos de la fisioterapia en las distintas enfermedades del grupo reumático se deben, principalmente, a la influencia sobre la circulación, especialmente sobre los capilares.

Los Emplastos de

Antiphlogistine

Neuritis
y
Fibrositis

son muy provechosos en el tratamiento de la neuritis y la fibrositis, alrededor del plexo braquial y el cervical. Tienen la ventaja de administrar el calor húmedo contínuo y de amoldarse fácilmente a la zona afectada. Una hiperemia intensa puede establecerse en esta forma en cualquier sitio con sus benéficos efectos.

EXOSMOTICO
HIPEREMICO
ANALGESICO
DECONGESTIVO

Registro D. S. P. núm. 193

The Denver Chemical Mfg. Co., Nueva York. E. U A.

Representados en Mexico por

SANBORN HNOS., S. A.

Avenida Madero núm. 4. México, D. F.

Algunas Consideraciones Sobre el Tratamiento de la Tuberculosis Infantil

Por el Dr. I. DONIS M.
de las Facultades de México y París.
Especialista en Enfermedades de Niños.
Médico del Hospital Escandón y del Servicio
de Higiene Infantil Pro-Infancia
Zaragoza 54, México, D. F.

Tomado de "Jornadas Médicas" No. 8 pág. 27. Oct. 28-33

DESEOSO de contribuir con algo de lo que verdaderamente estoy convencido de su eficacia en terapéutica infantil, voy a permitirme tratar en el presente artículo, de una medicación cuyos resultados, sin exageración, son sorprendentes; y, justamente, esta certeza me anima contra toda mala interpretación, a tomar la pluma en favor de un medicamento, cuya reputación debe estar a la cabeza de todos sus similares.

Nadie ignora lo escabroso que es la conducta del médico, cuando inicia el tratamiento de un chico tuberculoso. Quizá sean pocas las enfermedades, en las que el esfuerzo humano, haya aportado mayor número de medicamentos, con resultados de un valor muy dudoso. Es cierto que las observaciones de espíritus superiores, han sentado bases higiénicas: reposo, luz, aire, alimentación, etc., que han hecho avanzar mucho el camino por recorrer de la curación de la Tuberculosis. Desgraciadamente, la quimioterapia a este respecto, se halla dentro de un círculo raquítico que impide al médico su misión, sin logro mismo del alivio de tantos dolores.

Con el descubrimiento de Koch y Villemin, el problema del tratamiento de la Tuberculosis se creyó completamente resuelto. La presencia demostrada del germen causal, elevó en un clamor general el "¡Eureka!" tantas veces deseado, pensando que en la biología misma del parásito, se encontraría el despejamiento de tan magna incógnita. Sin embargo, después de largos ensayos y trabajos, la experimentación se mostró cruel ante todos estos entusiasmos y todas estas esperanzas. Nadie ignora el fracaso tan rotundo, que tantas víctimas causó, el tratamiento por la Tuberculina de Koch. Sólo un capítudo del problema recibió como compensación a tantos esfuerzos, un gran impulso que lo colocaban dentro de un casi control científico, y cuyos resultados se hicieron desde luego notar: la Profilaxis. Y entonces se vieron nacer en Francia la separación de "Tous petits"; "Le placement familial", "La Fondation Granchet", etc.

La desilusión fué grande, hasta el grado de crear en el ánimo de los investigadores, una resignada impotencia, como si estuvieran convencidos de la incurabilidad de este mal. Por muchos años se permaneció bajo esta idea reinante, disponiendo tan sólo de unos cuantos medicamentos cuyo valor terapéutico era bien dudoso. Todos los médicos llevaban en sí la convicción íntima de que nada había para combatir con eficacia, la Tuberculosis, si no era de manera exclusiva mediante las reglas higiénicas a que hice mención antes. Seguramente que nadie pone en tela de juicio el valor de tales reglas; eso sería un error craso, y una ignorancia imperdonable. Mas en la actualidad, creo que la fórmula debe de modificarse radicalmente, puesto que nuestra te-

rapéutica ha sido enriquecida por el aporte de una medicación, con la que después de una experimentación seria y honrada, los resultados son efectivamente evidentes. Así pues, a las reglas higiénicas, debe asociarse la medicación ncesaria que asegure la curación, y abrevie la duración de la enfermedad.

Desgraciadamente, nuestro modo de ser tan especial; los mexicanos estamos acostumbrados, sobre todo cuando no se ha salido del país a menospreciar todo lo que a nosotros pertenece, como si nosotros mismos tuviéramos el convencimiento íntimo, de que perteneciendo a una raza inferior, somos incapaces de producir algo que pueda, no digo superar, sino competir airosamente con sus similares extranjeros. ¡Cuán equivocados estamos! Seguramente sólo aquellos que después de algunos años de residencia en el extranjero, logran tener su punto de partida para poder comparar la potencialidad de su propio país con las de los demás en que ha vivido, están capacitados para medir con cierta liberalidad el nivel cultural, y la fuerza productiva del país de su origen. Justamente, esto hizo de mí, a mi regreso, interesarme por las cosas nuestras. Entre ellas estaba el medicamento objeto de este trabajo. Ya desde antes de mi partida al extranjero, tuve la ocasión de ensayar el medicamento, aunque sin concretarme tan sólo a la infancia. En la actualidad, he tratado de hacerlo con cierto rigorismo, aplicándolo exclusivamente en los niños, y en todas las formas de Tuberculosis que se me han presentado. Por un lado han sido exclusivamente, médicos, y en los otros han sido de carácter médico-quirúrgico, sobre todo, "Osteoartritis tuberculosa". Los primeros fueron tratados en mi servicio del Centro de Higiene "Manuel Domínguez", y en mi clientela particular, y los segundos en la Sala de Niños del Hospital Escandón. Los resultados han sido sensiblemente iguales, y de un valor verdaderamente halagador.

Dejo a un lado el hablar de la composición química del producto "Ionine", ya que los prospectos y la literatura correspondiente, tratan extensamente el asunto, En consecuencia, voy a concretarme exclusivamente a presentar las historias-clínicas de algunos de los casos tratados. Principiaré por aquellos de carácter médico, para tratar en otra ocasión, los de carácter médico-quirúrgico.

IRMA GONZALEZ, de México, hija del señor Alfredo A. González y la señora Consuelo R. de González, con domicilio en la calle del Pensador Mexicano Núm. 55 de esta ciudad, se presentó a la consulta el día 16 de enero del presente año, a la edad de 20 meses. Viven cuatro hermanitos buenos y sanos. Uno murió a temprana edad de causa ignorada. No hay antecedentes específicos. Durante el primer año fué sana y su desarrollo normal. Los primeros dientes brotaron a los seis meses, y al año tenía todos los incisivos. Al año se le comenzó a dar alimentación artificial con leche de vaca, sufriendo desde luego trastornos digestivos banales, que pronto desaparecieron. En mayo de 1932, la niña comenzó a estar enferma con trastornos digestivos a tipo de colitis muco-hemorrágica que alternaban con períodos de mejoría pasajera, al mismo tiempo que su estado general desmejoraba. Por las noches aparecían accesos febriles que fueron acentuándose más y más. Al mismo tiempo los papás notaron que el vientre comenzó a aumentar de volumen de manera notable, acompañado de un desarrollo de las venas subcutáneas abdominales. Después de una serie de tratamientos que se le impusieron a la niña, y ya en un estado verdaderamente lamentable, vinieron a consultarme. Pesa 6 kilos 750 gramos; su estado general es deplorable; el apetito casi no existe; la temperatura es alta, fluctuando entre 39 y 40; es continua, y con ligeras remitencias matutinas. El panículo adiposo ha desaparecido casi por completo. En donde quiera que se toca, los huesos hacen salientes; la parrilla costal se palpa, y se ve con toda claridad. En las diferentes partes del cuerpo, notamos infartos ganglionares. El vientre es enorme, tenso; la piel luciente, y de un timpanismo exagerado. En la fosa ilíaca derecha y en el mesogastrio, sentimos a la palpación más que a la percusión, un empastamiento difuso y al parecer doloroso. La circulación colateral del abdomen es muy aparente. Del lado de la boca tiene una estomatitis causante de un aliento fétido, y de una salivación continua. La auscultación nos revela una respiración un poco ruda, y de vez en cuando estertores húmedos

en las bases, sobre todo expiratorios. Por parte de los demás aparatos, no hay nada importante a señalar. No practiqué la cutirreacción, por no creerla de gran valor, y sobre todo, porque clínicamente tenía yo datos suficientes para basar mi diagnóstico de Peritonitis Tuberculosa. Instituí desde luego un régimen a base de harinas, sales cálcicas, algunos digestivos y Ionine. A partir de la quinta inyección, los resultados se hicieron sentir, manifestándome la madre, que el vientre estaba más flojo y que ya había comenzado a dormir; la tos había disminuído, y con sorpresa había notado que comía mejor. Pesada el 29 de enero, la balanza arrojaba un aumento de 400 gramos, y el estado general se notaba considerablemente mejorado, principalmente la temperatura había disminuído mucho, habiendo días de apirexia completa. Continuamos el tratamiento, y cada vez estamos más satisfechos de la terapéutica, y en marzo 5, a ocasión de una inflamación rinofaríngea, notamos un peso de 8 kilos 100 gramos. El estado general continuaba mejorando mucho; los trastornos digestivos casi han desaparecido; la alimentación es más variada, y ya gusta de andar y jugar con sus hermanitos. Explorando su boca, noto que su estomatitis ha mejorado mucho, pero al nivel de los incisivos inferiores, existe un foco de osteítis, y con el estilete, veo que la pequeña parte del hueso descubierto, es móvil. Con un poco de cloretilo, debrido y extraigo un buen secuestro de dos centímetros de longitud, y a partir de esta fecha, la estomatitis desaparece por completo. Su tratamiento higiénico y quimioterápico, continúan, y al parejo su estado general y local del vientre mejoran notablemente. Por esta razón dejo de ver a la enfermita, la cual examino nuevamente en julio 12, y a quien casi desconozco, dada su gran mejoría. Come de todo, sin que nada le haga daño; corre y juega por todas partes. Desde hacía un mes no se ha inyectado ni ha tomado medicina alguna. El vientre es depresible, y nada de anormal se nota. Le prescribo un tónico general, y no la vuelvo a ver hasta el día 30 de agosto. Su peso actual es de 11 kilos 325 gramos, y no hay nada que pueda suponer enfermedad alguna.

En esta enfermita se usaron 54 ampolletas Ionine.

ENRIQUETA ORTIZ se presentó a la consulta el día 19 de mayo del presente año. Tenía 16 meses de edad, y con un peso de 7 kilos 720 gramos. No hay antecedentes hereditarios de importancia, y viven dos hermanitos buenos y sanos. A partir de los cuarenta días, fué alimentada con leche de vaca, y posteriormente con leche seca. Se crió normalmente, y la madre no recuerda que la niña haya padecido enfermedad alguna. A los 11 meses, su peso fué de 8 kilos 220 gramos. En enero de este año, sin que en la niña hubiera nada anterior, tuvo una otitis media supurada del lado izquierdo. La llevaron con el especialista, y éste opinó la conveniencia de extirpar las adenoides. Curó en esta ocasión con su tratamiento local. Más tarde, a fines de febrero, volvió a tener otro brote ótico bilateral, decidiendo, por lo tanto, intervenir en la garganta. La operación no tuvo contratiempo alguno, evolucionando normalmente. Quince días después, la niña comenzó a tener calentura, al mismo tiempo que su estado general desmejoraba, y su apetito disminuía. En mayo 19, fecha en que la veo yo por primera vez, noto una merma de peso de medio kilo en relación con el peso último. La piel es reseca, y de un pálido acentuado. El panículo adiposo está muy disminuído; duerme poco, y su carácter es irritable. Los ganglios de las diferentes partes del cuerpo están infartados. Exploro con detenimiento los demás aparatos, y no encuentro gran cosa de importancia, si no es la área esplénica aumentada y su garganta un poco roja. No hay tos ni trastornos digestivos. Analizo la orina buscando lo colibacilo y su resultado es negativo. Instituye un tratamiento sintomático, sin resultado alguno. La vuelvo a ver el 22 del mismo mes. Hay un poco de tos y la temperatura es alta, 39 grados, y en el espacio intervertebral, una submacicez difusa; su respiración es acelerada, sin que se noten ruidos anormales. El día 29 practico la cutirreacción de Von Pirquet, y su resultado es intensamente positivo. Nuestro diagnóstico es "Ademopatía traqueo-brónquica de origen Tuberculoso". Prescribo un régimen adecuado; calcio, ergosterina, así co-

mo sus reglas higiénicas convenientes. La temperatura es constante: 38.5 a 39.5. El 5 de junio la vuelvo a ver, y suplico al Maestro Dr. Rafael Carrillo, me haga el favor de ver a la enfermita, por creer un caso verdaderamente interesante. El estado general ha empeorado, y los fenómenos respiratorios se han acentuado. La tos se ha hecho pertinaz, no hay rato de calma, y esto le impide dormir, manifestando claramente sufrimiento. Al explorarla, encontramos una zona de submacicez bien marcada en la base del pulmón izquierdo, así como en todo el campo pulmonar de este lado, una respiración ruda, y estertores diseminados. No hay soplo. Pensamos en la posibilidad de un derrame pleural, y cito a la mamá en mi consultorio particular, para practicar una punción en la niña. Esta, hecha el mismo día, resulta positiva, y extraigo unos 20 c. c. de un líquido serofibrinoso franco. Mando al Laboratorio del Hospital Béistegui para su examen; el doctor Lezama me contesta encontrar un derrame con todas las características de un derrame tuberculoso. Desde luego se le prescribieron las inyecciones de Ionine, a la dosis de dos por día. El resultado fué sorprendente. La tos, síntoma más aparatoso, disminuye; la niña comienza a dormir, y el apetito renace, aunque sea de una manera irregular. Diez días después, la mejoría es notable, pero los signos pulmonares persisten. Practico una nueva punción, y ésta es negativa. La temperatura, aunque disminuída, persiste, fluctuando entre 37.7 y 38.5. El 25 de junio vuelvo a practicar nueva punción, en la duda de persistencia del derrame; nuevamente resultado negativo. La envío al radiólogo y éste me muestra la radiografía Núm. 1 en donde el campo pulmonar izquierdo está obscuro. El pulmón intensamente congestionado, muestra una opacidad franca a los Rayos X. La peso el mismo 25 de junio, y la balanza arroja una disminución de 1 kilo poco más o menos en relación a su peso primitivo, y kilo y medio, si se compara con el peso máximo que llegó a tener en noviembre último. Desgraciadamente, no hemos pesado a la niña durante la mayor gravedad, en que seguramente el peso fué todavía más bajo. Al mes siguiente se consulta—el 20 de julio.—La transformación es notable: la tos ha desaparecido, duerme bien, y tiene alientos para jugar y andar por donde quiera. A la fecha, es decir, en 25 días, nos ha aumentado medio kilo (7 kilos 200 gramos). Queriendo estimular aún más su estado general, suplico a la madre vaya a mi consultorio, para aplicar unas irradiaciones ultravioletas, las que desde luego comenzamos con una duración de 8 minutos, y a una distancia focal de 60 centímetros. Para el 8 de agosto, la balanza nos muestra otro medio kilo de aumento, habiéndole puesto hasta la fecha 107 inyecciones de Ionine, y también se le han dado al interior, tres frascos de jarabe del mismo producto. Su aspecto general es inmejorable, y aparentemente no hay nada que nos indique haber tenido enfermedad tan grave. Sin embargo, continúa con su jarabe Ionine diariamente y sus inyecciones terciadas. En fin, el 27 de agosto la veo por última vez, y con sorpresa encuentro un aumento de 720 gramos, y en la exploración de sus campos pulmonares, no encuentro nada de notable. A pesar de esto, como control, mando practicar una radiografía, la que como puede verse, es muy diferente de la anteriormente tomada. Inútil es decir que su estado general es inmejorable, y que clínicamente está curada.

La siguiente historia presenta un interés particular, porque nos muestra por un lado, la acción del medicamento en un terreno cuya causa infectante no desaparece, y que relacionada con la última historia, nos corrobora una vez más, la influencia eminentemente nociva del contagio repetido y a dosis macivas.

El niño de 3 meses de edad, SALVADOR CAMACHO, lo veo por primera vez el día 2 de enero del presente año. Es natural de México, de madre sana, y de padre alcohólico. Pesa 4 kilos. Tiene una hermanita de cuatro años de edad, sana, y otros tres muertos; uno de pulmonía; otro de mastoiditis, y el último de enterocolitis. Fué sometido a la alimentación artificial desde un mes antes de esta consulta, con leche condensada. La ha digerido bien, sin presentar ningún trastorno digestivo. No ha vomitado, ni ha tenido deposiciones. No hay tos, y sí un poco de catarro. El síntoma más notable es la temperatura, la cual desde hace varios días, fluctúa entre 37.4 y 37.8, con exacerbación matutina. A la ex-

ploración encontramos palidez en la piel y en las mucosas, así como una micropoliadenopatía discreta generalizada. En los diferentes aparatos no encontramos nada que sea digno de mención, si no es un ligero aumento de la área esplénica. Dos reacciones de Wassermann practicadas en la madre, son negativas. En este momento mando practicar la cutirreacción de Von Pirquet, y el resultado es positivo. Entonces interrogo a la madre si en su casa no hay nadie enfermo del pulmón, a lo cual me responde que sí. Envío una enfermera visitadora al domicilio del paciente para que recoja datos más precisos y me entero que efectivamente, la hermana de la madre del niño, está enferma de Tuberculosis Pulmonar abierta, haciendo vida común con la familia. Esta enferma a la sazón se atiende en un Dispensario Antituberculoso situado en las calles del Pino. En su examen bacteriológico del esputo, se encontraron numerosos bacilos de Koch. En estas condiciones, el diagnóstico se impuso. Además del tratamiento higiénico, y un régimen dietético adecuado, instituí como solo tratamiento quimioterápico, la Ionine a la dosis de 2 c. c. diarios. El resultado no se hizo esperar. Comenzó a notarse desde luego un descenso en la temperatura, sin que desapareciera por completo. El buen estado de las vías digestivas se mantenía, notándose una mejoría en su apetito, al mismo tiempo que el semblante del niño tomaba mejor aspecto. Doce días después, la balanza arrojaba un aumento de 280 gramos. Continuamos el tratamiento, pero a una dosis menor, tanto más, cuanto notamos que la inyección provocaba un estado de sopor, y una sudación más o menos marcada. En febrero 4, su peso es de 4 kilos 600 gramos, habiendo pesado el día de la primera consulta (2 de enero), 3 kilos 940 gramos. Más tarde, en febrero 25, su peso es de 4 kilos 960 gramos, al mismo tiempo que hay días de apirexia completa. En marzo 7 lo veo con ligeros trastornos digestivos, pero ya sin temperatura. El 11 del mismo mes, quince días después del último peso, sólo notamos un aumento de 40 gramos. En vista de desaparición de la temperatura, y sobre todo, por falta de recursos de la madre (a pesar de mi opinión en contrario), las inyecciones son suspendidas desde el día 7 de marzo. El 18 del mismo mes aumenta 100 gramos, pero el estado general se nota desmejorado. Vuelve a estar pálido, gruñón, y no come bien. Cuatro días después, la temperatura sube bruscamente a 39.5, y el niño está muy inquieto. En abril primero, la balanza marca 60 gramos, menos de peso; el estado general sigue empeorando; la temperatura se mantiene alta. Entonces ruego a la madre se provea de Ionine, pero no tiene dinero para comprarla, y sólo nos concretamos al tratamiento tónico general y sintomático.

La micropoliadenopatía se hace más marcada y el bazo es francamente palpable. En la exploración del tórax se notan signos congestivos de ambos pulmones, y en la región interescapulo vertebral izquierda, un soplo interbrónquico. A partir de este momento, el peso sufre un descenso progresivo, y 24 días después, el niño ha perdido 860 gramos. Un mes más tarde justamente, la merma total es de 1 kilo 20 gramos. El estado general es grave. El apetito disminuye mucho; la facies toma un aspecto muy especial. La palidez en un principio se hace de "cera". El vientre se excava, y la piel se reseca como si se deshidratara. No hay deposiciones, sino al contrario, una franca constipación se establece. El 2 de mayo el niño comienza a vomitar y pienso sin querer en una meningitis. Lo exploro a este respecto, y no encuentro nada que confirme mi suposición. La temperatura hasta la fecha se ha mantenido alta. El día 13 de mayo me lo muestran, porque el niño duerme mucho. Lo examino. No hay signos de Kernig, ni rigidez de la nuca, pero en cambio, las pupilas son francamente dilatadas, sin ser exactamente iguales. La fontanela está tensa. Pienso en la punción lumbar, pero me abstengo de ella por no tener a donde mandar el líquido a examinar, y sobre todo, lo creo inútil, ya que el diagnóstico me parece claro. El día 16 aparecen las primeras convulsiones, al mismo tiempo que hay cierta rigidez de la nuca. El día 20, el diagnóstico es evidente. El signo de Kernig es claro, al mismo tiempo que se nota una parálisis parcial de la musculatura externa del ojo izquierdo. A esto se agrega un estado de sopor semicomatoso. En fin, 3 días

después, extiendo el certificado por "Meningitis bacilar".

La niña MARIA TERESA MARTINEZ, nacida en México, de 11 meses de edad, con domicilio en la calle de Pedro Moreno Núm. 161, y con un peso de 8 kilos 200 gramos, comenzó a estar enferma de sarampión el día 3 de abril del presente año. La evolución fué normal y no hubo complicación. La temperatura desapareció a los 10 días, junto con los demás síntomas de la enfermedad. De repente, y sin ninguna causa, el 25 de abril, la temperatura comenzó a subir progresivamente, no desapareciendo en todo el día, y sí sufriendo exacerbación matutina hasta 38.6, al mismo tiempo que el estado general comenzó a declinar un poco. Tosía, sin que esto fuera de manera exagerada, sobre todo en las noches. El apetito desapareció, y el número de evacuaciones aumentó, sin que éstas tuvieran carácter determinado. El color de los tegumentos era pálido, acentuado como la cera. Los diferentes grupos ganglionares estaban infartados, y su bazo era palpable. Del lado del tórax se notó uno que otro estertor húmedo, y ninguna otra cosa que nos llamara la atención. No hay antecedentes específicos, y el Wassermann en la madre, es negativo. El 8 de mayo mando practicar la cutirreacción de Von Pirquet, resultando ésta intensamente positiva. Entonces, sin haber tenido yo conocimiento de quién pudiera ser esta señora, le pregunto si en su casa había alguna persona que tosiera o que estuviera enferma del pulmón, manifestándome ella, que era nada menos que la prima hermana de la madre de Salvador Camacho (niño objeto de la anterior historia-clínica), con la que hacía vida común en una misma habitación, y en consecuencia, en contacto continuo con la misma fuente de contagio. Explorando su tórax, encontré con una percusión muy suave y superficial, una zona de submacicez en la región interescápulo vertebral. Al mismo tiempo que el estado general empeoró, la temperatura se mantiene. La anorexia fué más acentuada, sudando con abundancia, sobre todo en las noches. Conjuntamente el peso sufrió una disminución notable, y de 8 kilos 200 gramos, peso de un principio, descendió a 7 kilos 80 gramos. Inmediatamente procedí a inyectarle Ionine a dosis de 2 c. c. diarios. Algunos días después, la temperatura comenzó a menguar, el apetito renacía, y su carácter más alegre. Las deposiciones persistían, sin que fueran con igual frecuencia. El peso comenzó a aumentar, y el 3 de junio notamos un peso de 7 kilos 480 gramos. En estas condiciones proseguimos el tratamiento, observando en cada ocasión de mi consulta, una franca mejoría. La temperatura sólo aparece en las mañanas, sosteniéndose entre 37.4 y 37.6, para desaparecer totalmente en las tardes. Su apetito y las vías digestivas mejoran notablemente, y el peso, aunque no de una manera regular, sigue una curva ascendente, como lo vemos en la tabla que sigue: junio 10, 7 kilos 500 gramos; junio 17, 7 kilos 700 gramos; julio 1o., 7 kilos 840 gramos; julio 11, 7 kilos 820 gramos; julio 26, 8 kilos 120 gramos; agosto 2, 8 kilos 240 gramos; agosto 11, 8 kilos 380 gramos. En fin, desde a últimos de julio notamos que la temperatura ha desaparecido totalmente hasta la fecha, al mismo tiempo el estado general se modifica notablemente. Sin embargo, a pesar de ello, y después de la desagradable experiencia que nos proporcionara su primo Salvador Camacho, la continuamos inyectando, y a la fecha pasan de 100 las ampolletas Ionine aplicadas a esta enfermita. Su estado general no denota nada que nos haga sospechar enfermedad alguna.

México, D. F., 12 de septiembre de 1933.

Dr. I. DONIS M.

NOTA: Las radiografías a que se refiere el anterior estudio, están a la disposición de los señores médicos que se interesen por conocerlas.

PARA
NAVIDAD
Y
AÑO NUEVO
ES UNA POLIZA DE
SEGUROS DE

LA LATINO AMERICANA

COMPAÑIA DE SEGUROS SOBRE LA VIDA, S.A.
AVE. FCO. I. MADERO Nº 1
MEXICO D.F.

SEGUROS SOBRE LA VIDA
SEGUROS CONTRA ACCIDENTES
SEGUROS DE ACCIDENTES DE TRABAJO
SEGUROS PARA VIAJEROS

EN ESTA EPOCA DEL AÑO USTED DEBE
A SU FAMILIA ATENCIONES ESPECIALES

NUESTRAS POLIZAS CONSOLIDAN LA
CONFIANZA EN EL PORVENIR

EFEDRINA "NAGAI"

Reg. D. S. P. 960

El medicamento más eficaz para el tratamiento del

ASMA BRONQUIAL

y para todos los casos en que sea necesario elevar la presión sanguínea. Administración por vía hipodérmica y oral.

IMPORTADORES:

Compañía Internacional de Drogas, S. A.
Isabel la Católica 85. México, D. F.

AMPOLLETAS
"QUINAPON"

Reg. D. S. P. 1192
PARA EL PALUDISMO,
PNEUMONIA, GRIPPE, Etc.

Una combinación perfecta que aumenta por lo menos cuatro veces la acción antitérmica de la Quinina. No produce zumbidos de oído. Tonifica el corazón. Es indoloro.

Cajas de 5 ampolletas de 5 c. c. y cajas de 10 ampolletas de 2 c. c.

IMPORTADORES:

Compañía Internacional de Drogas, S. A.
Isabel la Católica 85. México, D. F.

Vacuna

Preventiva

Curativa

Antituberculosa

Records obtenidos con A-O.

CURADOS Y ALIVIADOS

Tuberculosis pulmonar en período inicial	96%	Tuberculosis ocular	99%
Tuberculosis pulmonar de mediana intensidad	83%	Tuberculosis de la piel	100%
Tuberculosis pulmonar en período avanzado	53%	Tuberculosis urogenital	91%
Tuberculosis glandular	92%	Tuberculosis pleural y peritoneal	86%
Tuberculosis osea y articular	82%	Aplicación profiláctica	90%
Fístula y otras	80%		

Reg. D. S. P. 9793

Distribuidores: Cía. Internacional de Drogas, S. A. Isabel la Católica 85, México, D. F.

El Uso Del Insulin
En Desnutrición No Diabética

La desnutrición muchas veces se mejora cuando el régimen del enfermo contiene mayor cantidad de hidratos de carbono y su utilización se asegura con la administración del Insulin. Insulin Lilly se viene usando con buen éxito en muchos casos. Datos adicionales a solicitud.

ELI LILLY AND COMPANY

INDIANAPOLIS, INDIANA, E. U. A.

D. S. P.—5162; 5251; 5250; 9933.